This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY

IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

REVUE
DE CHIRURGIE

COULOMMIERS. — IMP. PAUL BRODARD.

REVUE
DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Correspondant de l'Académie des sciences,
Associé de l'Académie de médecine.

P. BERGER
Professeur de médecine opératoire
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de médecine.

F. TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de médecine.

QUÉNU
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

RÉDACTEUR EN CHEF : **M. F. Terrier.**

VINGTIÈME ANNÉE

XXII

(JUILLET A DÉCEMBRE 1900)

Avec 68 figures dans le texte.

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE E Cie

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1900

DE
L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE
DANS LE TRAITEMENT
DES KYSTES ET TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

PAR MM.

E. QUÉNU et **L. LONGUET**

Chirurgien de l'hôpital Cochin, Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement des kystes de l'ovaire par l'*ovariotomie* déjà acclimaté en Angleterre, grâce aux efforts de Spencer Wells, était demeuré en discrédit en France, lorsqu'en 1862 Nélaton pratiqua sa première ovariotomie, infructueuse d'ailleurs. Bientôt les succès de Kœberlé (1858) et de Péan (1868) contribuèrent à faire accepter la nouvelle opération dans notre pays. Plus tard l'extraordinaire évolution de la doctrine antiseptique en fit, nous ne dirons pas le traitement de choix, mais le traitement unique des kystes de l'ovaire. D'autre part, l'introduction de l'*hystérectomie abdominale* dans la thérapeutique des fibromes rencontra plus d'opposition encore. Kœberlé dès 1864 et Péan dès 1869 sont les deux chirurgiens en France qui firent le plus pour la vulgarisation de cette opération. En 1878, elle fut appliquée au cancer de l'utérus, par Freund ; mais bientôt abandonnée à cause de ses résultats désastreux, elle fut supplantée par l'hystérectomie vaginale, qui sembla régner en maîtresse de 1892 à 1895 dans le traitement du cancer utérin, des fibromes et des suppurations pelviennes.

Cependant une réaction ne tardait pas à se produire en faveur de l'hystérectomie abdominale, grâce à l'amélioration de la technique opératoire et de l'asepsie. Il est incontestable, en effet, qu'avec une asepsie moyenne, la voie vaginale offrait moins de dangers que l'autre, car elle raréfiait les contacts des doigts avec le péritoine; elle ne comportait pour ainsi dire que des contacts instrumentaux. Une plus grande rigueur dans l'asepsie, l'usage du plan incliné, et les perfectionnements de la technique, le renoncement au pédicule externe,

l'adoption de l'abdominale totale, puis de la subtotale, étendirent peu à peu les indications de l'hystérectomie par voie haute, et l'un de nous, après s'être montré favorable au traitement des petits fibromes par l'hystérectomie vaginale[1] en 1898, n'a pas craint de se rallier en 1899[2] au traitement purement abdominal de ces mêmes tumeurs. De son côté, la thérapeutique des suppurations pelviennes a subi, depuis 1895, une évolution analogue. Tout récemment enfin, l'opération de Freund pour cancer de l'utérus a reconquis les faveurs des chirurgiens. Seules jusqu'ici les tumeurs de l'ovaire semblaient rester en dehors de cette extension de l'hystérectomie abdominale. Or, nous estimons que *cette opération mérite une place à part dans la thérapeutique des néoplasmes annexiels*, et c'est l'étude de ses indications que nous venons aujourd'hui entreprendre.

Nous éliminons de notre travail les fibromes des ligaments ronds et des ligaments larges, dont l'étude se relie à celle des fibromes utérins, les kystes fœtaux[3] et grossesses extra-utérines, les formations kystiques inflammatoires (hydrosalpynx, pyosalpynx, hématosalpynx), les ovarites macro ou microkystiques, et enfin les kystes hydatiques pelviens. Nous n'envisageons que les néoplasmes annexiels, les kystes, les tumeurs épithéliales et conjonctives.

*
* *

Un exposé historique n'est guère facile à présenter, car aucune étude d'ensemble n'a été faite jusqu'à ce jour, et les documents se réduisent à des cas isolés, perdus soit dans les statistiques, soit dans les mémoires étrangers au sujet.

Cependant nous devons signaler un travail publié en novembre 1892, par M. Eugène Monod[4], sur la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus. A la Société de chirurgie le traitement des kystes compliqués de fibromes a fait l'objet de deux rapports, l'un de M. Duplay en 1882, sur une observation de Queirel, l'autre, tout récent, de M. Ch. Monod[5], sur une observation de M. Girou (d'Aurillac). M. Ch. Monod a fait une distinction très importante entre les cas où au cours d'une ovariotomie on se trouve en présence de fibromes concomitants, et les cas où, au cours d'une

1. Quénu, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1898.
2. Quénu, Congrès français de chirurgie, 1899.
3. Segond, Rapport au Congrès de gynécologie de Marseille, 1898.
4. E. Monod. *De la coexistence des kystes de l'ovaire et des fibromes de l'utérus* (*Archives cliniques de Bordeaux*, novembre 1892).
5. Ch. Monod, *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 23 mai 1900.

hystérectomie, on constate l'existence d'un kyste ovarique. Il est évident que les premiers rentrent seuls dans notre sujet. Dans les seconds, en effet, l'hystérectomie abdominale est l'opération préméditée et le plan opératoire n'est guère modifié par la constatation d'un kyste.

Au contraire dans les cas de kystes compliqués d'un utérus fibromateux, M. Ch. Monod, en opposition avec les conclusions de Ch. Monod, de Duplay et de Lawson Tait, se prononce en faveur de l'hystérectomie « toutes les fois que le fibrome paraîtra de nature à faire courir à la malade de sérieux dangers ». Nous adoptons, en les étendant, ces conclusions, mais, ainsi qu'on le verra plus loin, nous élargissons bien plus la question de l'hystérectomie en ne limitant pas ses indications à l'existence des kystes avec fibromes concomitants.

Nous possédons personnellement plusieurs observations de fibromes compliqués de kystes, nous ne leur donnons aucune place dans ce travail; nous laissons de même de côté les observations similaires mentionnées dans les statistiques pour fibromes, telles que celles de Terrier [1], de Péan [2], de J. Bœckel [3], de Gross [4].

Ces faits, nous le répétons, ne rentrent pas dans le plan de notre étude, pas plus que les opérations pour salpingite au cours desquelles on trouve accessoirement un kyste de l'ovaire.

L'une des premières, sinon la première observation complète de castration abdominale totale pour néoplasme annexiel date de quinze ans : elle a été communiquée par l'un de nous en 1885 à la Société de chirurgie [5]. M. Terrier en fut le rapporteur. Il s'agissait d'un kyste papillaire de l'ovaire avec ascite ayant envahi les ligaments larges et l'utérus. Depuis cette époque, la question n'a jamais été étudiée que dans une communication de Delagénière [6] au Congrès de chirurgie. Ce chirurgien relate deux observations personnelles concernant aussi des kystes papillaires végétants des ligaments larges, comme dans notre cas de 1884. Depuis quelque temps, avec la renaissance et l'extension de l'hystérectomie abdominale, plusieurs chirurgiens n'ont pas craint de terminer une ovariotomie par

1. Terrier, Congrès français de chirurgie. 1897, 1898, 1899.
2. Péan, Congrès français de chirurgie, 1897.
3. J. Bœckel, Congrès français de chirurgie, 1899.
4. Gross, Congrès français de chirurgie, 1899.
5. Quénu, Communication le 4 mars 1885 à la Société de chirurgie; malade opérée en mai 1884. Rapport de M. Terrier le 4 novembre 1885. Discussion : Terrillon, L. Championnière, Verneuil, Pozzi, Reclus, Monod, Terrier et Duplay, *Revue de chirurgie*, 1885.
6. Delagénière. *Castration abdominale totale pour l'extirpation facile et complète des kystes papillaires.* Congrès de chirurgie, 1897.

l'ablation de l'utérus. Tels sont les faits de Terrier, [1] Quénu [2], Hartmann [3], Jonnesco [4], Pauchet [5], Kelly [6]. De ces faits isolés ne découle jusqu'à ce jour aucune règle, aucun enseignement, et à peine une seule indication précise : celle des kystes papillaires végétants. Si l'on parcourt les plus récents traités [7], on constate qu'à part celui de Kelly [8], les auteurs sont complètement muets à cet endroit et qu'ils sont bien loin d'entrevoir un mouvement dans la direction de l'hystérectomie abdominale pour tumeurs des annexes. Nous donnons ici le détail de 9 observations personnelles, dans lesquelles il s'agit non de castrations utéro-annexielles faites *par nécessité*, mais bien de castrations utéro-annexielles faites *de propos délibéré*, d'après une série d'indications ultérieurement exposées [9].

Observation I. — *Ovario-hystérectomie abdominale pour kyste papillaire végétant des deux ovaires. Guérison.* — Cette observation a été publiée *in extenso* dans les Bulletins de la Société de chirurgie, en 1885. En voici un résumé :

Mme L., quarante-neuf ans, entre dans le service de M. L. Championnière, suppléé par M. Quénu; présente une ascite abondante. Après ponction, on constate l'existence d'une tumeur remplissant l'hypogastre, se prolongeant dans les fosses iliaques et remontant un peu au-dessus de l'ombilic, semblant faire corps avec l'utérus.

Opération le 26 mai 1884 par M. Quénu. On trouve un fibrome auquel

1. Terrier, Congrès français de chirurgie, 1899, et *Revue de chirurgie*, 1899, vol. II, p. 624.

2. Quénu, *Statistique des opérations faites en 1898 et 1899* (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1898 et 1899). *De l'asepsie opératoire.*

3. Hartmann, Congrès de chirurgie, 1899.

4. Jonnesco, Congrès de gynécologie d'Amsterdam; et Congrès de chirurgie, 1899.

5. Pauchet, *Kyste de l'ovaire traité par l'ablation du kyste et de l'utérus* (*Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 24 février 1900; Rapporteur, Richelot.

6. Kelly, *Traité de gynécologie opératoire.*

7. Nous avons parcouru : Carl Schroder, *Maladies des organes génitaux de la femme*; traduction française, 2e édition. — Auvard, *Traité pratique de gynécologie*, 1892. — A. Martin, *Traité clinique des maladies des femmes*; traduction française, 1889. — Hegar et Kaltenback, *Traite de gynécologie opératoire*, traduction, 1885. — Labadie Lagrave et Legueu, *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, 1898. — Pozzi, *Traité de gynécologie*, édition 1897. Dans ce traité, l'auteur écrit cette seule phrase p. 857. « Il est des cas où l'on sera amené à pratiquer l'hystérectomie pour simplifier la manœuvre et terminer une opération déjà longue. »

8. Kelly, *Traité de gynécologie opératoire*, passim : Observations et remarques, p. 134, p. 379, p. 301, p. 334, p. 340, p. 379.

9. *Nota.* L'ablation des tumeurs des annexes par voie vaginale ne rentre nullement dans notre étude. Nous tenons cependant à rappeler qu'elle a fait l'objet d'un travail intéressant de Segond en 1894, au Congrès de chirurgie.

adhère un kyste qui, ponctionné, donne 2 litres et demi de liquide. Nombreuses adhérences du kyste et du fibrome avec le grand épiploon. De chaque côté, les ovaires sont remplacés par une masse grosse comme le poing, irrégulière, rougeâtre, hérissée de végétations. Ces deux masses, libres par leur face antérieure, sont très adhérentes en arrière et sur les côtés. A gauche, la séparation de l'S iliaque ne s'obtient qu'au prix d'un arrachement du péritoine intestinal, il se fait même une petite perforation d'où sort un liquide blanchâtre dans lequel on met une pince à pression. En avant on sent la tumeur de la vessie. La tumeur utéro-ovarienne ainsi mobilisée, il reste à pratiquer la section des ligaments larges et de l'utérus. Cette section est faite d'abord à gauche, puis à droite, enfin l'utérus et les parties contiguës des ligaments larges restent seuls à sectionner, ce qu'on fait après avoir appliqué un double lien élastique au-dessus du col.

Suites. Guérison après formation d'un abcès.

Réflexions. M. Terrier était rapporteur de cette observation : la discussion n'a guère porté sur le fait de l'ablation simultanée de l'utérus et des annexes, mais sur la pathogénie de l'ascite.

Obs. II. — *Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie pour tumeurs kystiques de l'ovaire avec ascite et végétations papillomateuses sur le péritoine pelvien, l'utérus, etc.*

W..., âgée de quarante-huit ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 31 janvier 1900. Opération par M. Quénu, le 5 février 1900.

Commémoratifs. Menstruation normale jusqu'à quarante-cinq ans; une grossesse à quarante ans, qui se termina par un accouchement laborieux et une fistule recto-vaginale. Cette fistule a été traitée chirurgicalement à diverses reprises et incomplètement guérie. Les premiers troubles remontent en mai 1899, le ventre a commencé à grossir et l'examen pratiqué quelque temps plus tard fait reconnaître de l'ascite qui fut attribuée en ville à une maladie de foie. Puis la malade s'aperçut en décembre dernier de l'existence de petites tumeurs mobiles.

Examen à l'entrée. Tumeur kystique avec parties solides pédiculisées, dont deux principales, l'une au voisinage de l'ombilic, l'autre dans la fosse iliaque gauche; toutes deux du volume d'une mandarine et reliées à la masse kystique principale. Ascite et ganglions inguinaux bilatéraux. Au toucher, l'utérus est repoussé en avant par des masses dures comblant le Douglas.

Diagnostic. Kyste végétant de l'ovaire.

Opération le 5 février 1900. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Après l'évacuation de l'ascite et l'ablation de la masse polykystique principale, on trouve des *végétations papillomateuses* multiples, envahissant le grand épiploon, le plancher pelvien, l'utérus. Il y a des adhérences multiples, notamment avec l'anse sigmoïde et un fusionnement avec tout le petit bassin. Pendant la décortication, qui fut très pénible, les uretères se trouvèrent disséqués. Pour reconstituer un plancher péritonéal, on est conduit à supprimer l'utérus.

Suites. Une seule poussée fébrile à 38°,9 le surlendemain. Guérison sans aucune complication.

Obs. III. — *Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie double avec appendicectomie; pour une masse polykystique végétante développée aux dépens des deux ovaires.*

Mme L..., âgée de quarante-cinq ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 9 juin 1898. Opérée le 16 juin 1898 par M. Quénu.

Commémoratifs. Menstruation normale, pas de grossesse. Les premiers troubles remontent à trois ans et ont consisté en douleurs abdominales siégeant à droite, puis depuis deux ans, le ventre a commencé de grossir.

Examen à l'entrée. Tumeur fluctuante remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Caractère classique des kystes de l'ovaire; au toucher, utérus mobile paraissant contracter des connexions avec la tumeur.

Diagnostic. Kyste de l'ovaire.

Opération le 16 juin 1898. *Hystérectomie subtotale*; *ovariectomie bilatérale et appendicectomie.* Le ventre ouvert, on tombe sur une masse polykystique très végétante avec ascite, bilatérale et développée aux dépens des deux ovaires réunis et adhérant entre eux par-dessus l'utérus, ne formant ainsi qu'une seule masse à base d'implantation très large. La trompe droite, très dilatée, est du volume d'une anse intestinale. L'utérus contient en outre un fibrome. Adhérences multiples du kyste à la paroi postérieure de la cavité pelvienne et principalement au rectum et au côlon pelvien; adhérences à l'appendice; adhérences au plancher pelvien. Ces adhérences entraînent à la suppression de l'utérus et à l'appendicectomie après l'extirpation des kystes.

Suites. Guérison complète après une seule poussée fébrile à 38°,2.

Obs. IV. — *Hystérectomie abdominale et ovariectomie. Première opération le 26 octobre 1893 : ovariectomie gauche; deuxième opération le 27 octobre 1898 : ovariectomie droite et hystérectomie subtotale pour kyste de l'ovaire droit adhérent à la vessie, au péritoine pelvien et à l'utérus.*

Eugénie C., âgée de cinquante-trois ans, journalière, entrée le 13 octobre 1893 à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), opérée le 26 octobre 1893 et le le 27 octobre 1898 par M. Quénu.

Commémoratifs. 3 grossesses normales; enfants tous morts, à quatre ans, à onze mois, à deux mois. Menstruation régulière jusqu'en 1893. La même année, en mars 1893, la malade commença à remarquer l'existence d'une tumeur dans l'hypogastre, un peu à gauche de la ligne médiane, indolente et mobile, du volume d'une tête d'enfant. Puis, en trois mois, la tumeur grossit rapidement, occasionna des troubles digestifs, de la diarrhée, de la dysurie, enfin de la dyspnée et de l'amaigrissement. Une ponction faite en ville pour diminuer les troubles respiratoires donne issue à une grande quantité de liquide citrin et est suivie d'une sédation des troubles digestifs et dyspnéiques; mais, en août, la tumeur s'est reproduite aussi volumineuse qu'auparavant et entraînant les mêmes symptômes.

Examen à l'entrée. L'abdomen est déformé par une tumeur volumineuse occupant l'hypogastre, débordant dans les flancs et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. A la palpation, cette tumeur est bien limitée, bien mobile dans le sens transversal, nettement fluctuante, de consistance variable selon l'endroit considéré, formée de parties liquides en majeure partie, mais aussi de lobes plus durs, notamment à gauche. A la surface on perçoit de nombreuses bosselures et des irrégularités. A la percussion, la matité de cette tumeur reste fixe par rapport à la sonorité intestinale, lorsque l'examen est pratiqué dans différentes positions. Cependant il existe aussi de l'ascite décelée par une zone de matité déclive.

Au toucher, rien de particulier; indépendance de la masse vis-à-vis de l'utérus.

Diagnostic. Kyste de l'ovaire. Les bosselures et l'ascite indiquent en outre qu'il s'agit d'un kyste végétant.

Première opération : le 26 octobre 1893. *Ovariectomie.* Pas de végétation sur le péritoine, simple kyste multiloculaire. Nombreuses adhérences notamment avec la vessie.

L'utérus et les annexes droites intacts sont laissés en place.

Suites. Guérison jusqu'en septembre 1898, époque où l'on constate une récidive du côté droit. Il existe là une tumeur kystique indolente de volume plus petit que la première, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Deuxième opération : le 27 octobre 1898. *Ovariectomie droite et hystérectomie abdominale subtotale*, par M. Quénu. Existence de nombreuses adhérences pelviennes, du kyste à la vessie, au péritoine iliaque et au petit bassin, à l'utérus, à l'intestin, d'où la nécessité de supprimer l'utérus. Celui-ci enlevé, après confection préventive de lambeaux péritonéaux, il devient possible de refaire un plancher pelvien lisse.

L'opération est complexe et difficile.

Suites. Guérison complète et suites éloignées excellentes.

Obs. V. — *Hystérectomie abdominale et ovariectomie bilatérale, nécessitées par la dénudation de l'utérus résultant d'adhérences étendues du kyste à l'utérus et au ligament large.*

Mme G..., âgée de trente-cinq ans, entrée au pavillon Pasteur le 9 octobre 1899. Opération le 17 octobre 1899 par M. Quénu.

Commémoratifs. Douleurs abdominales depuis neuf ans, suivies de l'apparition d'une tumeur, ayant augmenté rapidement ces temps derniers, au point d'envahir le creux épigastrique.

Examen à l'entrée. Caractères classiques d'un kyste de l'ovaire.

Opération le 17 octobre 1899. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.*

L'ablation de l'utérus est nécessitée par de larges décollements et de multiples adhérences. Dénudation de l'utérus et du ligament large.

Suites. Guérison complète.

Obs. VI. — *Hystérectomie abdominale subtotale pour une tumeur solide de la trompe gauche, compliquée d'un utérus fibromateux et de salpingite sèche ancienne droite.*

Mme R..., âgée de quarante-deux ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur), le 1er mars 1899. Opérée le 3 mai 1899, par M. Quénu.

Commémoratifs. Leucorrhée abondante; menstruation régulières. Ablation d'un polype, puis curettage. Ultérieurement persistance de la leucorrhée et plus tard métrorragies profuses.

Examen à l'entrée. Au palper bimanuel, on trouve une tumeur remontant jusqu'à l'ombilic.

Diagnostic. Fibrome utérin.

Opération le 3 mai 1899. *Hystérectomie subtotale avec ablation des annexes.* On trouve un utérus fibromateux, avec adhérences tenant à d'anciennes lésions de salpingite; adhérences à la paroi abdominale. Il existe en outre une tumeur de la trompe gauche et de l'ovaire gauche, constituant la plus grande partie de la masse.

Suites. Guérison complète, sans aucune élévation thermique.

L'examen étiologique de la tumeur de la trompe démontre qu'il s'agit d'un *épithélioma* cylindrique.

Obs. VII. — *Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie bilatérale pour kyste de l'ovaire, droit adhérent par toute sa base au bord droit de l'utérus, avec prolongement dans le ligament large.*

Mme Vve G..., âgée de trente-sept ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 11 décembre 1899. Opération le 28 décembre 1899, par M. Quénu.

Commémoratifs. Pas de grossesse, menstruation normale, sauf un retard lors de l'entrée à l'hôpital. La tumeur a été remarquée pour la première fois par la malade il y a dix mois.

Examen à l'entrée. Kyste avec tous les caractères classiques, remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher, ascension de l'utérus, col élevé; mais en outre la tumeur juxta-utérine fait saillie dans le cul-de-sac droit sous forme d'une tumeur sphérique, bien arrondie et persistante. Pas de troubles fonctionnels ni généraux.

Diagnostic. Kyste de l'ovaire.

Opération le 28 décembre 1899. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Le kyste vidé, on reconnaît qu'il est sessile et qu'il adhère par toute sa base au bord de l'utérus, poussant un prolongement dans le ligament large sur une grande étendue. Pour éviter un pédicule d'une extrême largeur, on supprime l'utérus : le plancher pelvien, grâce aux lambeaux péritonéaux pré- et rétro-utérins taillés à l'avance, est parfaitement reconstitué sans aucune dénudation ni pédicule faisant saillie dans le cœlome.

Suites. Guérison complète. La température la plus élevée monte pendant deux jours à 37°,8.

Obs. VIII. — *Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie bilatérale pour gros kyste de l'ovaire unilatéral avec pédicule friable et saignant.*

Mme F..., âgée de quarante-huit ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon

Pasteur), le 8 janvier 1900; opérée le 16 janvier 1900, par M. Quénu.

Commémoratifs. Deux grossesses normales, mais les deux enfants sont morts, l'un à six semaines, l'autre à deux ans. Menstruation régulière, mais très abondante, avec caillots depuis quelques années. La tumeur a été reconnue de la malade depuis quelques mois seulement; jamais elle n'a été douloureuse.

Examen à l'entrée. Caractères classiques d'une kyste de l'ovaire, dont le volume dépasse l'ombilic de trois travers de doigt.

Opération le 16 janvier 1900. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Adhérences épiploïques et pariétales. Le pédicule est friable, se déchire, laisse des surfaces saignantes; aussi pour reconstituer un plancher péritonéal lisse, on est conduit à supprimer l'utérus.

Suites. Guérison; une seule fois la température à monté a 38°,2.

Obs. IX. — *Hystérectomie abdominale subtotale et ovariectomie bilatérale pour gros kyste de l'ovaire unilatéral avec pédicule friable et adhérences étendues.*

Mme T. F..., âgée de vingt-six ans, entrée à l'hôpital Cochin (pavillon Pasteur) le 9 janvier 1900; opérée le 18 janvier 1900 par M. Quénu.

Commémoratifs. Menstruation d'abord irrégulière, puis régulière. Le ventre a commencé à grossir il y a deux ans, et depuis lors le malade ressent un point douloureux dans le flanc droit.

Examen à l'entrée. Kyste avec tous les caractères classiques, dépassant un peu le niveau de l'ombilic. Utérus immobilisé; culs-de sac occupés par des masses dures, principalement à droite, et paraissant en relation avec le kyste.

Diagnostic. Kyste de l'ovaire.

Opération le 18 janvier 1900. *Hystérectomie subtotale et ovariectomie bilatérale.* Large pédicule très court, ne dédoublant pas le ligament large, mais appliqué contre lui de sorte que, le kyste enlevé, persistait une large surface de dénudation. En présence de ces complications du côté du pédicule, on termine séance tenante par une suppression de l'utérus et de l'autre ovaire, qui est d'ailleurs altéré; d'où résulte la possibilité d'obtenir une réfection idéale de plancher pelvien.

Suites. Guérison parfaite; une seule fois 37°,8.

§ I. Légitimité de la castration utéro-annexielle appliquée au traitement de certaines tumeurs de l'ovaire.

Il est à peine besoin de dire que l'ovariotomie demeure le traitement ordinaire des kystes de l'ovaire simples ou doubles, et qu'il ne saurait être question une seconde de substituer à cette opération classique, qui a fait ses preuves, la castration hystéro-annexielle. Cette dernière ne doit être appliquée qu'à des cas particuliers, dont on peut faire certains groupes.

Et d'abord notre premier devoir, au seuil de cette étude, est d'établir que l'exérèse de l'utérus, ajoutée à celle des kystes annexiels, n'augmente en rien la gravité opératoire. Il est, pour cela, deux ordres d'arguments de valeur inégale. Ce sont, d'une part, des considérations théoriques; d'autre part, ce qui vaut mieux, des faits précis; tous deux convergent au même résultat, ainsi qu'on va le voir.

Comme *considérations théoriques*, nous aurions à faire valoir qu'il s'agit d'une intervention pour une affection aseptique [1], ou devenue telle, comparable par conséquent à l'hystérectomie pour fibromes non infectés. Or, nous pourrions rappeler quels excellents résultats donne actuellement la castration utéro-annexielle dans les affections les plus diverses [2]. Et l'on conviendra qu'il est bien permis de prévoir *a priori* les mêmes succès en cas de tumeur annexielle. Le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale est aujourd'hui réglé pour ainsi dire mathématiquement et ses résultats, pour un chirurgien rigoureusement aseptique qui évite toute contamination par manœuvre vaginale, sont presque dépourvus d'alea. Mais il est inutile de s'attarder à ces considérations théoriques; il y a des faits qui dispensent de tout commentaire; les voici :

Comme *faits* personnels nous apportons 9 observations avec 9 guérisons. Si nous jetons un coup d'œil sur les résultats des autres chirurgiens, nous constatons que sur 4 cas Terrier [3] compte 3 succès et 1 insuccès, celui-ci purement éventuel, qu'eût enregistré aussi bien la simple ovariectomie. Delagénière sur 2 cas a eu 2 succès. Hartmann sur 2 cas 1 succès et 1 insuccès pour tumeur maligne à point de départ ovarien. Jonnesco sur 5 cas a eu 5 succès. Pauchet sur 1 cas 1 succès; Michaux sur 1 cas 1 succès. Kelly dans ses cas paraît n'avoir eu que des succès. En somme, ces premiers résultats sont très encourageants et approchant sensiblement des nôtres; suffisants pour écarter cette pensée que nos 9 cas personnels constituent une série d'exception, d'autant que maints de ces cas se rapportent à des opérations difficiles. L'ensemble de ces observations démontre que l'ablation de l'utérus combinée à l'ovariectomie n'augmente pas sensiblement la gravité opératoire.

Dira-t-on que la castration totale supprime un organe utile? Mais 7 sur 9 de nos malades atteignaient ou dépassaient la ménopause,

1. Réserve faite pour certains kystes dermoïdes sur la septicité ou la toxicité desquels nous ne sommes pas encore bien fixés.

2. Quénu, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1900, 1er mai, *De l'asepsie opératoire*.

3. Terrier, *Revue de chirurgie*, 1899, p. 624, vol. 2 : 1 mort par anurie, atrophie accusée de la substance corticale du rein.

et chez toutes, la lésion ovarienne était bilatérale. Objectera-t-on que l'acte opératoire est de plus longue durée? Mais l'ablation de l'utérus associée à celle des kystes exige à peine un quart d'heure de supplément. Il nous est donc permis de conclure qu'en l'état actuel de la chirurgie, la castration utérine complémentaire de l'ovariectomie est parfaitement bénigne et qu'à ce titre, elle est tout à fait licite.

§ II. Avantages et nécessité de la castration utéro-annexielle dans certaines tumeurs des annexes.

La grande valeur de l'hystérectomie préliminaire, concomitante ou complémentaire de l'ovariectomie, est principalement d'ordre technique. Dans quelques cas exceptionnels où elle est pratiquée comme opération *préliminaire*, elle rend réalisable l'extirpation de kystes adhérents qu'une dissection périphérique était impuissante à libérer. Le départ de l'utérus fait de la place, permet d'attaquer la masse annexielle du centre à la périphérie et de basculer latéralement tout l'ensemble en se servant de l'utérus comme organe de traction menant aux annexes. Nous n'avons aucun fait personnel de ce genre; mais Delagénière, qui recommande surtout l'hystérectomie comme acte préliminaire, fait remarquer avec raison que l'utérus enlevé crée une brèche d'accès entre les feuillets des ligaments larges et sous le péritoine pariétal du bassin; qu'il rend possible l'ablation de kystes de l'ovaire fusionnés avec le pelvis, c'est-à-dire de ces kystes pour lesquels on se contentait naguère de la marsupialisation.

Dans d'autres cas plus nombreux, l'hystérectomie *concomitante* est une ressource utile chaque fois que la pédiculisation des annexes présente des difficultés (friabilité, hémostase trop grossière, glissement à craindre des fils, etc.).

Elle est plus précieuse encore par le résultat *consécutif* qu'elle permet de réaliser. Elle seule assure dans certains cas déterminés une réparation satisfaisante du plancher pelvien. Envisagée à ce point de vue, elle nous paraît bien supérieure aux autres manœuvres qui tendent au même but. Sans doute l'*enfouissement* des pédicules et des surfaces saignantes offre des avantages de même nature, et les réalise avec une moindre mutilation. Mais c'est précisément aux cas où l'enfouissement est impraticable ou difficile que convient l'hystérectomie. Grâce aux lambeaux péritonéaux qui résultent du départ de l'utérus, et que l'on suture l'un à l'autre, le plancher péritonéal est tout à fait net. Or la parfaite péritonisation de toutes les surfaces

cruentées doit à l'heure présente être considérée comme un principe fondamental de la chirurgie abdominale. Aucun pédicule ne doit, *autant que possible*, faire saillie dans la cavité cœlomique; aucune surface suintante, dénudée ou charnue, ne devrait être abandonnée par l'opérateur. Rétablir la continuité absolue de la couverture séreuse, voilà le vrai moyen d'obtenir les plus bénignes suites opératoires; c'est la seule méthode qui évite les adhérences post-opératoires dont la présence pourrait ultérieurement se traduire par des douleurs, des tiraillements, des troubles digestifs et trop souvent encore par des accidents dramatiques, tels que l'occlusion intestinale aiguë ou chronique, précoce ou éloignée.

A côté de ces avantages d'ordre technique sur lesquels nous venons d'insister longuement, il en est un autre *d'ordre pathologique*. Il est évident que, si l'utérus est malade pour son compte, ou s'il est soupçonné d'envahissement par quelque dégénérescence, épithéliale ou autre, *la castration abdominale n'est plus simplement de mise, elle est de rigueur*. Elle se présente comme le seul moyen de faire une opération radicale.

§ III. Indications et contre-indications de la castration utéro-annexielle dans certaines tumeurs des annexes.

α. L'hystérectomie est contre-indiquée chaque fois que le kyste ovarique est unilatéral chez une femme jeune et encore réglée, chaque fois qu'une grossesse est réputée possible.

β. L'hystérectomie est encore contre-indiquée lorsque avec une lésion bilatérale des annexes, l'utérus est sain et la confection des pédicules facile.

γ. Nous ferons les mêmes réserves lorsqu'avec des pédicules larges on peut aboutir à une bonne pédiculisation, voire à la péritonisation des pédicules par un procédé plus simple que l'hystérectomie, tel que le simple *enfouissement* des tranches cruentées et des pédicules, l'*adossement* séroséreux par suture.

En revanche, l'opération est indiquée :

I. *En cas de lésions inflammatoires utérines ou péri-utérines.* — Tels sont les cas de kystes avec *métrites graves*, *salpingites* du côté opposé, *pelvi-péritonites péri-kystiques* ou péri-utérines; adhérences du kyste à l'utérus (obs. IV, V et IX : adhérences étendues; obs. VI : salpingite sèche ancienne droite, avec tumeur de la trompe gauche).

II. *En cas d'altérations néo-plasiques de l'utérus.*

α. Tantôt il s'agit d'*altérations néoplasiques primitives* de l'utérus, c'est-à-dire indépendantes, comme développement et comme nature,

de la tumeur ovarique (fibrome, sarcome, épithélioma utérins).

β. Tantôt il s'agit d'*altérations néoplasiques secondaires*, c'est-à-dire propagées à l'utérus et partant d'un kyste simple ou d'un *kyste végétant*. Notre observation de 1884 est un fait de ce genre; nous en rapportons aujourd'hui deux autres cas (obs. II : kyste papillaire avec végétations sur le péritoine pelvien et sur l'utérus; obs. III : kyste végétant des deux ovaires). Rappelons que les deux faits de Delagénière (1897) concernent aussi des kystes papillaires végétants.

Il se peut que le point de départ soit un *cancer épithélial de l'ovaire*. En voici quelques exemples : dans un cas de Ricard [1], il s'agissait d'un kyste ligamentaire fusionné avec l'utérus qui simulait macroscopiquement un fibrome utérin. Il a fallu l'examen histologique pour reconnaître que c'était un épithélioma de l'ovaire infiltré dans l'utérus. Dans un autre cas de Hartmann [2], il y avait aussi infiltration de l'utérus et des ligaments larges par un épithélioma malin originaire de l'ovaire. Une observation de Terrier [3] est bien curieuse. L'ovariectomie avait été faite d'abord à droite pour un kyste ovarique qui paraissait banal. Plusieurs années après, ce fut l'ovaire gauche qui fut enlevé à son tour parce qu'il devenait kystique. Plus tard encore chacun des pédicules fut envahi par le néoplasme qui continuait son extension progressive vers l'utérus, d'où une troisième intervention qui consista cette fois en une hystérectomie. Kelly [4], qui rapporte trois cas de cancer de l'ovaire compliqués d'une tumeur fibreuse de l'utérus, en décrit un dans lequel le péritoine pelvien était le siège de nombreux petits noyaux cancéreux disséminés en partant des ovaires. On enleva l'utérus et les deux ovaires après évacuation d'une grande quantité d'ascite. La guérison opératoire eut lieu; six mois plus tard, la malade succombait avec de l'ascite et de larges masses carcinomateuses remplissant l'abdomen. Dans une hystérectomie faite par Michaux [5], un volumineux cancer végétant de l'ovaire droit, compliqué de pelvi-péritonite, formait une masse aréolaire du volume des deux poings fixée au bord droit de l'utérus.

D'autres fois, le point de départ est un *sarcome* de l'ovaire, qui envahit l'utérus de dehors en dedans, et le déforme d'une façon

1. Ricard, pièce présentée à la Société anatomique, le 2 février 1900, par Malartic et Loin. La malade avait refusé l'intervention qui lui avait été proposée plusieurs mois auparavant.
2. Hartmann, *loco citato*.
3. Terrier, Congrès français de chirurgie, 1897.
4. Kelly, *Gynécologie opératoire*, p. 379.
5. Michaux, pièce présentée à la Société anatomique, 1898, p. 393.

vraiment étrange. Ainsi Kelly [1] opéra en 1894 une malade chez laquelle il existait une tumeur large et friable, occupant le côté droit du petit bassin et pénétrant l'utérus, dans la cavité duquel elle formait une masse volumineuse dont le pôle inférieur venait faire saillie à travers l'orifice du col dilaté. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un angio-sarcome de l'utérus envahissant secondairement l'utérus. Dans un autre cas opéré le 5 février 1896, Kelly trouva une disposition analogue. La tumeur apparaissait à travers le col, commençant en haut près de l'utérus, qu'elle infiltrait secondairement. A l'examen microscopique on reconnut qu'il s'agissait d'un sarcome fusiforme d'origine ovarique; le néoplasme s'étendait par les voies veineuse et lymphatique. Enfin, chez une troisième malade, opérée en 1893 et encore vivante en 1897, le diagnostic de sarcome fut fait par Kelly, d'après les fragments enlevés par le curettage.

Il arrive enfin qu'on ait affaire à un *épithélioma* primitif de la trompe. Ces cas d'épithélioma primitif de la trompe paraissent tout à fait exceptionnels; aussi attachons-nous une importance particulière à notre observation VI, qui en est un exemple.

III. *En cas de pédiculisation difficile avec une tumeur bilatérale des annexes.* — La pédiculisation peut être rendue difficile *par la largeur du pédicule.* Il arrive assez souvent que l'utérus se trouve englobé par un kyste sessile à implantation juxta-utérine. Il semble que l'utérus soit en quelque sorte « incrusté dans la paroi du kyste », selon une expression juste (Jannesco). Or, nous ne disposions guère jusqu'ici que de ligatures en chaîne aussi massives que complexes. D'autre part, le voisinage immédiat de la corne utérine rendait impraticable toute exclusion ou tout enfouissement de ces vastes champs pédiculaires. Or, ces grossiers moignons sont une source certaine d'adhérences avec toutes ses conséquences. Et nous ne sachions pas que la lamellisation par écrasement, en supposant cette manœuvre pratique et facile, réalise un progrès sur la technique ancienne. Aussi l'hystérectomie dans les kystes juxta-utérins nous est-elle apparue comme une ressource précieuse, et de même que Terrier, nous avons été frappés de ce fait que lorsque « l'utérus est en quelque sorte englobé dans la tumeur, l'ablation de l'organe simplifie les choses » (Terrier [2]). C'est ce que confirment pleinement nos observations V et VII.

1. Kelly, *Traité de gynécologie opératoire*, p. 334, Sarcomes secondaires de l'utérus.
2. Terrier, *Revue de chirurgie*, 1899. Voir les observations.

Dans d'autres cas, la pédiculisation est rendue difficile par des *adhérences* inflammatoires récentes ou anciennes. Les tissus se déchirent, les pédicules sont friables, les fils serrent mal ou coupent, l'hémostase est difficile ou manque de sécurité, la surface utérine saigne. La suppression de l'utérus évite toutes ces complications. C'est ce qui s'est présenté dans les observations VIII et IX.

CONCLUSIONS.

I. La castration abdominale totale pour néoplasme des annexes est *légitime*. Nos observations rapprochées de celles des autres chirurgiens démontrent qu'elle est sans gravité : l'ablation de l'utérus associée à l'ovariectomie n'augmente pas la mortalité opératoire.

II. La castration abdominale totale pour néoplasme annexiel offre de grands *avantages* techniques : possibilité d'enlever des kystes ovariques à adhérences pelviennes étendues, facilité de pédiculisation, et principalement possibilité de restauration *autoplastique* très satisfaisante du plancher pelvien. Il en résulte une sécurité contre les accidents post-opératoires, notamment contre l'occlusion intestinale. A côté de ces avantages, l'hystérectomie pour néoplasme annexiel assure seule dans certains cas le radicalisme de l'intervention.

III. La castration abdominale totale pour néoplasme annexiel est indiquée :

1° Dans les kystes et tumeurs ovariques compliqués de lésions inflammatoires utérines, péri-utérines et salpingiennes;

2° Dans les kystes et tumeurs ovariques compliqués d'une dégénérescence néoplasique de l'utérus, que cette dégénérescence soit indépendante de la lésion ovarique pour laquelle on opère (fibrome utérin, épithélioma utérin, etc.), ou qu'elle résulte de son extension au parenchyme utérin (tumeurs de l'ovaire propagées à la surface de l'utérus, kystes végétants, sarcome, cancer de l'ovaire);

3° Dans les kystes et tumeurs ovariques bilatérales d'une pédiculisation ou d'une hémostase rendues difficiles par la largeur du pédicule, sa friabilité, son évolution dans le ligament large.

Elle est contre-indiquée :

1° Chaque fois que le kyste est unilatéral chez une femme jeune;

2° Lorsqu'avec une lésion bilatérale des annexes l'utérus est sain et la confection des pédicules facile;

3° Lorsqu'on peut obtenir une bonne pédiculisation par un procédé plus simple.

1. Trompe et ovaires du côté opposé au kyste.

ÉTUDE SUR LE RHABDOMYOME

ET EN PARTICULIER

SUR LE RHABDOMYOME MALIN

Par le Dr Édouard GENEVET

Chef des travaux de la clinique chirurgicale de M. le Prof. A. Poncet.

Le mot *rhabdomyome* à été créé par Zenker, qui entendait désigner par lui non pas les tumeurs de la fibre musculaire striée, mais celles où l'on trouvait des fibres musculaires striées de nouvelle formation, mêlées à une multiplicité plus ou moins grande d'autres tissus. Il a donc ignoré le véritable rhabdomyome et nous verrons que tous les auteurs ont fait de même jusqu'à ce que M. le professeur Bard dans son *Précis d'anatomie pathologique* paru en 1890 individualise cette forme de néoplasme.

La confusion qui réside encore dans la connaissance de ces tumeurs réside pour une part dans leur rareté, qui, après les avoir fait nier a retardé leur étude approfondie, mais aussi, et surtout, pour une autre part, dans les conceptions anatomo-pathologiques erronées.

Si, en effet, on pose en principe que le rhabdomyome est par définition une tumeur constituée par des fibres musculaires striées de nouvelle formation, toujours parfaitement reconnaissables, et si l'on élimine ainsi toutes les tumeurs à fibres musculaires embryonnaires où la striation n'est pas encore évidente, en d'autres termes, si l'on confond « rhabdomyome », qui est une étiquette réservée à un groupe de tumeurs adultes de la fibre musculaire, et « tumeur de la fibre musculaire striée », qui est un groupe beaucoup plus compréhensif, on commet une erreur fondamentale.

C'est cette erreur fondamentale que tous les auteurs ont commise, et que, très probablement, il n'eût pas été possible d'éviter sans la théorie de M. le professeur Bard sur la *spécificité cellulaire*.

Cette théorie a éclairé la question des tumeurs d'un jour absolument nouveau : elle a consacré d'anciennes découvertes et elle en a

provoqué de nouvelles. Elle a le mérite d'établir philosophiquement l'existence de classes et d'espèces que l'anatomie pathologique vérifie chaque jour. En posant en principe que tous les tissus pouvaient donner naissance à des tumeurs, elle a affirmé l'existence du rhabdomyome; en ajoutant que toutes les tumeurs présentaient trois types différents : adulte, mixte et embryonnaire, elle a affirmé la possibilité du rhabdomyome malin; les observations que nous apportons prouveront qu'il existe réellement.

Nous dirons tout d'abord que si les « rhabdomyomes » sont des tumeurs musculaires striées, toutes les tumeurs de la fibre musculaire striée ne sont pas forcément des rhabdomyomes. Ce n'est que dans le cas où la cellule musculaire originelle, qui a donné naissance aux cellules filles néoplasiques, a engendré des cellules susceptibles de devenir adultes, que l'on voit apparaître dans celles-ci des striations et que la tumeur prend le caractère du rhabdomyome, que tout le monde reconnaîtra quelles que soient les idées théoriques sur les tumeurs. Mais dans tous les cas où la cellule musculaire originelle a engendré des cellules qui se multiplieront sans dépasser le stade embryonnaire, la substance musculaire striée n'apparaîtra pas et l'on mettra sur le néoplasme l'étiquette très vague de sarcome.

Tous ceux qui acceptent les conceptions de spécificité cellulaire luttent contre ce terme même de sarcome, qui a abrité et qui abrite encore tant d'erreurs, en groupant sous une même dénomination une série de néoplasmes qui n'ont de lien entre eux que l'ignorance dans lesquels on les tient.

MM. Paviot et Bérard, dans leur travail sur les léio-myomes, paru dans les *Archives de Médecine expérimentale* (1896), insistent particulièrement sur ce point de terminologie.

Grâce à cet effort, le groupe si compréhensif des sarcomes commence à se dissocier; on cherche et on arrive progressivement à distinguer parmi les cellules embryonnaires celles qui ont une origine musculaire, conjonctive, cartilagineuse, etc., parce qu'on part de ce principe qu'elles ne peuvent pas se transformer les unes en les autres et que, dès leur formation, elles sont en puissance déjà différenciées.

Pour un grand nombre de tissus ce travail de classification a déjà été fait, mais on peut dire qu'à l'heure actuelle nous ne connaissons pas les caractères de la cellule musculaire embryonnaire et que nous ne saurions avec certitude affirmer que telle tumeur à cellules rondes est d'essence musculaire, si nous ne trouvons pas à côté d'elle des cellules plus âgées qui présentent une ébauche de stria-

tion. Nous en sommes donc réduits jusqu'à ce jour, à ne compter comme tumeurs de la fibre musculaire striée que les tumeurs bénignes et adultes, d'une part, et les tumeurs en voie de transformation, d'autre part.

Quant aux tumeurs malignes de la fibre musculaire, les seules que l'on ait décrites sont celles où une évolution maligne a surgi aux dépens des cellules d'un rhabdomyome bénin et où l'existence de fibres musculaires striées, au sein d'une tumeur devenant maligne, était là pour témoigner qu'on avait bien affaire à de la fibre musculaire striée en voie d'évolution néoplasique.

On laisse ainsi complètement de côté tous les cas où, sans existence préalable d'un rhabdomyome bénin, il se développe primitivement et d'emblée, aux dépens d'une cellule musculaire d'un muscle normal, un rhabdomyome malin.

On n'a pas encore assez de foi dans la doctrine de la spécificité cellulaire pour oser déclarer qu'il existe des tumeurs entièrement embryonnaires, dans lesquelles on ne trouve aucune fibre striée de nouvelle formation, que l'on désigne partout sous le nom de sarcome et qui sont cependant d'essence musculaire striée.

Nous qui partons, au contraire, du principe que de semblables tumeurs doivent exister, nous répétons qu'il y a lieu d'admettre pour les néoplasies de la fibre striée, comme pour toutes les tumeurs, trois aspects différents :

1° Aspect de tumeurs embryonnaires à substance non striée;

2° Aspect de tumeurs intermédiaires dans lesquelles on trouve un peu de substance striée;

3° Aspect de tumeurs adultes avec nombreuses fibres striées.

On pourrait peut-être nous objecter qu'il n'est pas très rationnel de conserver le terme analytique de « rhabdomyome » à des tumeurs embryonnaires où l'on ne trouve pas de substance musculaire striée. Si l'on trouve quelque avantage à une autre appellation, nous ne saurions y voir un inconvénient, mais nous ne pensons pas que ce soit nécessaire. Il suffit de s'entendre sur la définition du terme « rhabdomyome embryonnaire » qui ne désigne pas, pour nous, une tumeur dans laquelle on doit rencontrer nécessairement du tissu musculaire strié, mais un néoplasme composé d'éléments qui représentent le type embryonnaire de la cellule musculaire striée.

Nous nous proposons d'étudier chacun de ces trois types et de montrer quels sont les caractères anatomo-pathologiques qui permettent de présumer ou d'affirmer le diagnostic de rhabdomyome malin, en différenciant cette tumeur d'avec les autres formes de

tumeurs embryonnaires, distraites ou non de la classe des sarcomes.

Les recherches historiques que nous avons faites au sujet de notre thèse [1] nous ont montré que parmi les auteurs, les uns comme Cornil et Ranvier (*Histologie pathologique, 1884*), se sont demandé si véritablement le rhabdomyome existait, les autres comme Virchow (*Pathologie des tumeurs, 1871*), Zigler (*Anatomie pathologique, 1887*), Eberth, Conheim, Marchand, Kocher, Langhans, Brodowski, Prudden, Neumann, Oscar Israël (*Traité d'histologie pathologique, 1891*), Ribbert (*Archives de Virchow, 1892*), Cöyne (*Traité d'anatomie pathologique, 1894*), n'ont décrit que le rhabdomyome tératoïde et jamais le véritable rhabdomyome bénin ou malin.

Cette même année 1894, M. Bérard, au nom de M. Vincent, présente à la Société des Sciences médicales de Lyon l'observation de rhabdomyome malin que nous rapportons plus loin et dont l'examen microscopique fut pratiqué par M. Bard.

C'est également en 1894 que paraît le *Précis d'anatomie pathologique* de M. le Professeur Bard, qui individualise nettement pour la première fois les diverses formes de rhabdomyome. L'édition de 1899 renferme un dessin fait d'après des coupes microscopiques pratiquées par M. L. Dor sur un rhabdomyome de la fesse (Observation IV).

Cependant les Traités classiques, Le Dentu et Delbet, 1896; Duplay et Reclus, 1897; Ménétrier, 1899; continuent à ignorer la question. Tout récemment encore au Congrès de Chirurgie, Paris, 1899, à propos d'une communication de M. le Professeur agrégé Bérard, au nom de M. le Professeur A. Poncet, communication se rapportant au rhabdomyome ganglionnaire malin (Observation 2), M. Malherbe, de Nantes, attaqua la théorie de la spécificité cellulaire et nia l'existence du rhabdomyome malin.

M. L. Dor a répondu pour montrer la légitimité de la première et l'individualité du second.

Contre ces doutes théoriques, nous apportons des faits indiscutables.

Nous nous proposons donc d'étudier maintenant la macroscopie et la microscopie des trois formes de rhabdomyomes : bénigne, maligne et intermédiaire.

Si nous nous reportons à la théorie de la spécificité cellulaire, telle que M. Bard l'a exposée, nous voyons qu'il admet deux modes

1. *Étude anatomo-pathologique du rhabdomyome en général et en particulier du rhabdomyome malin*, th. de Lyon, 1900.

distincts de prolifération cellulaire : la multiplication et le dédoublement. Le premier peut s'appliquer à toutes les cellules et donne des cellules semblables entre elles et semblables à la cellule mère. Le second donne naissance à des cellules différentes entre elles, complémentaires les unes des autres et différentes de la cellule mère; il ne peut s'appliquer qu'à des cellules composites renfermant en elles les éléments d'espèces différentes, susceptibles de se séparer pour suivre leur propre loi. — Le premier constitue des néoplasmes à tissu unique, le second, des néoplasmes à tissus multiples; l'un mérite réellement la dénomination de tumeur, l'autre serait mieux appelé tératome, ou encore tumeur tératoïde ou fœtale. Cette dernière renferme tous les types de cellules « depuis la cellule ovulaire, la plus complexe de toutes, puisqu'elle synthétise les potentialités de toutes les espèces, en passant par toute la série intermédiaire de cellules complexes, mais de plus en plus simplifiées, qui mènent aux cellules unitaires arrivées au dernier terme de la dissociation ».

Une semblable dissociation doit être faite pour le rhabdomyome.

Nous devons distinguer ici, en effet, la véritable tumeur striée à tissu unique, pour ainsi dire, du rhabdomyome tératoïde à tissus multiples, dans lequel des cellules complexes ont évolué, par dédoublement, vers le type musculaire strié.

Le tératome rhabdomyomateux peut, suivant la loi générale, donner naissance à une forme clinique bénigne ou maligne.

Nous allons étudier tout d'abord ici, d'une façon générale, au point de vue anatomo-pathologique, le rhabdomyome congénital. Nous ne ferons pas pour *lui* de description macroscopique, car celle-ci se confond avec la macroscopie bien connue de tous les *tératomes*. L'étude microscopique nous retiendra longuement au contraire.

Dans le rhabdomyome tératoïde bénin, l'élément principal est composé de rubans très larges, ressemblant à des fibres musculaires striées, normales. La longueur de ces rubans varie dans d'assez grandes proportions du reste; la plupart de ceux qu'on parvient à isoler sont coupés, ce qui explique les divergences des auteurs. Conheim en a vu de un à deux centimètres. Ribbert n'a pu les suivre au delà d'un millimètre et demi. On s'accorde en général pour attribuer à ces fibres une largeur de 5 à 20 μ; on en a noté exceptionnellement qui atteignaient 80 μ. Ribbert pense que la mesure minima doit être abaissée de beaucoup, car il a trouvé des fibres distinctement rayées qui n'atteignaient qu'un μ en largeur.

Les fibres sont pleines ou creuses; pour ces dernières, il y a

d'ordinaire une relation directe entre l'épaisseur de la fibre et la largeur de la lumière; il n'est pas rare cependant d'observer une lumière étroite répondant à des fibres épaisses. La lumière est loin d'avoir partout le même diamètre, et dans une même fibre, on peut trouver une partie creuse et une partie pleine (*Planche I, fig. 5*). Le canal n'est pas toujours exactement central. Il contient un protoplasma tantôt homogène, tantôt granuleux.

Les noyaux sont en nombre très variable : la fibre s'enfle le plus souvent à leur niveau, surtout s'ils sont placés plus ou moins excentriquement, et s'ils se suivent en ordre régulier, l'ensemble de la fibre musculaire prend une forme variqueuse.

Marchand a soutenu, dans une description de myosarcome rénal, que le noyau était placé sur les fibres et non pas à l'intérieur. Cette opinion est le résultat d'une fausse interprétation. Ce qu'il y a de vrai, c'est que dans les fibres jeunes le noyau est toujours, d'une manière constante, recouvert par de la substance musculaire. C'est la faible épaisseur de cette dernière qui a pu faire croire que le noyau se trouvait souvent en dehors de la fibre. Mais à mesure que les fibres, d'abord creuses, deviennent plus pleines, les noyaux poussent de plus en plus vers la surface et à un moment donné le noyau se trouve tout à fait au dehors, enveloppé seulement d'une faible quantité de sarcoplasme qui n'a pas été consommé pour la formation de la substance fibrillaire.

Le nombre et la position des noyaux sont loin d'être constants. Ribbert en a vu assez régulièrement placés à une distance de 10 à 30 μ les uns des autres, et par contre, a trouvé des espaces de 300 μ sans noyau. D'autres fois, après un intervalle assez grand, on trouve un grand nombre de noyaux très rapprochés les uns des autres.

La forme des noyaux est ovale. Il arrive cependant qu'ils perdent cette forme lorsqu'ils sont très nombreux et très rapprochés les uns des autres.

On voit parfois des fibres extrêmement étroites renfermant un ou plusieurs noyaux tellement ténus que le diamètre de ces fibres n'est pas modifié à leur niveau, tandis que dans d'autres cas le noyau détermine un gonflement de la fibre.

Au point de vue de la striation, on rencontre, dans cette forme intermédiaire du rhabdomyome, toutes les transitions. On peut voir dans une même fibre certaines parties nettement striées, d'autres où la striation est à peine marquée, d'autres enfin où elle fait totalement défaut. On trouve aussi, mais plus rarement, de larges fibres striées dissociables en fibrilles également striées.

Ribbert insiste sur ce fait que s'il y a d'ordinaire une certaine relation entre le volume des fibres et le développement de la striation, cette relation est loin d'être absolue. Il a trouvé, dans des fibrilles isolées, larges de 1 à 2 μ, une striation aussi développée que dans des fibres plus volumineuses.

Toutes ces fibres musculaires que nous venons de décrire sont susceptibles d'être plus ou moins atteintes par des processus dégénératifs.

Hanser décrit une dégénération qui leur fait perdre toute trace de striation, leur fait prendre un aspect pâle et opaque, en même temps que leur contour devient sinueux et irrégulier.

On observe, pendant que ces diverses modifications se produisent, une augmentation apparente, considérable, du nombre des noyaux; Ribbert ne pense pas qu'en réalité la quantité en soit accrue, mais il croit que le processus de dégénérescence portant sur la substance contractile plus que sur les noyaux, ceux-ci s'amassent dans un espace plus restreint, par suite de la diminution de longueur de la fibre musculaire. Ces phénomènes se produisent aussi bien pour les fibres pleines que pour les fibres creuses et, dans ces dernières, le canal disparaît ou persiste suivant les cas. C'est la dégénérescence vitreuse ou dégénérescence zenkérienne. Si la dégénérescence atteint profondément la fibre musculaire, les noyaux ne tardent pas à y participer; ils deviennent irréguliers, homogènes, et différemment colorables.

Nous ne parlons ici ni des fibres en fuseaux qu'on peut rencontrer accidentellement dans le rhabdomyome bénin, ni des cellules rondes que Marchand, Neumann, Ribbert et Arnold ont parfaitement décrites en méconnaissant toutefois leur importance et leur origine et en les prenant pour des anomalies de développement. Ces formations, en effet, appartiennent plus spécialement au rhabdomyome malin dont nous les verrons constituer la plus grande partie.

Nous devons dire quelques mots de la membrane enveloppe des fibres dont nous avons parlé et décrire le tissu qui les unit entre elles.

Les auteurs ne s'accordent pas sur le premier point; tandis qu'Hauser, Neumann, entre autres, admettent un véritable sarcolemme, Conheim, Brosin, Marchand, Ribbert en nient absolument l'existence.

Nous croyons pour notre part qu'il n'est pas impossible qu'on ait trouvé du sarcolemme dans des rhabdomyomes tératoïdes, car, par définition, les différents tissus que l'on rencontre dans ces tumeurs

peuvent être à un état adulte parfait et avoir ainsi tous les attributs d'une fibre musculaire striée.

Tous les éléments de la tumeur sont contenus dans une substance intermédiaire. Ce tissu unitif est très variable comme abondance, comme densité, comme richesse en cellules. En général, on constate sur les coupes, que la surface représentée par le tissu interstitiel l'emporte sur celle qu'occupent les éléments musculaires. Ce tissu unitif n'est autre que du tissu conjonctif lâche, ordinaire.

Nous ne nous attarderons pas à décrire tous les tissus que l'on peut rencontrer dans ces tumeurs, car il est facile de comprendre que plus la cellule qui aura donné naissance au tératome se rapprochera de la cellule nodale, plus la multiplicité des tissus de la tumeur sera grande

Disons seulement qu'on y voit fréquemment des formations épithéliales qui parfois prennent l'aspect de véritables glandes, des îlots cartilagineux, du tissu graisseux souvent en grande abondance, etc.

Le mode d'arrangement des divers éléments de la tumeur est essentiellement variable, mais dans un muscle, quels que soient les points observés, on trouve toujours une orientation très nette de ces éléments qui s'organisent suivant la direction des faisceaux du muscle atteint.

Les vestiges de ces faisceaux dégénérés ou sains, les bandes de tissu instertitiel, les prolongements cellulaires et les fibres néoformées, tous ces éléments dirigés dans un sens déterminé, rendent plus évidente cette orientation.

En dehors des muscles des membres, la périphérie de la tumeur varie, comme on le conçoit, suivant la localisation et la nature des organes qui l'entourent.

Telle est, d'après les auteurs et d'après ce que nous avons pu observer nous-même, la description histologique des rhabdomyomes bénins évoluant à côté et parallèlement à d'autres tissus dans une tumeur à tissus multiples (tératomes). C'est incontestablement le type le plus proche de l'état adulte, celui qui peut nous fournir le type adulte de la tumeur; mais, en réalité, se présentant dans les conditions d'une tumeur à tissus multiples, le néoplasme musculaire strié n'est pas, à proprement parler, la tumeur telle qu'on doit l'observer isolée, unique comme texture et réalisant, par son développement, la forme histologique adulte de ce tissu.

Il faudrait, pour faire de cette tumeur une description complète et superposable, comme forme, à la description des tumeurs des autres tissus, prises individuellement, pouvoir apporter ici au

moins un exemple de rhabdomyome bénin ayant évolué dans un muscle, à l'état isolé, et comme tumeur à tissu unique, si cette expression peut être employée. Malheureusement, malgré nos recherches, nous n'avons pu nous procurer d'observation de rhabdomyome de cette sorte.

De ce que nous savons des tumeurs des autres tissus, au nom d'une loi dont la généralité est à peu près définitivement admise, nous pouvons induire que cette forme existe, qu'on la trouvera et que peut-être jusqu'ici elle a échappé.

C'est pour ces diverses raisons que nous avons dû nous contenter de prendre ce type un peu idéal, jusqu'ici, dans les tératomes.

Voyons maintenant la forme suivante, plus isolable parce qu'elle est plus loin du type adulte et dont les exemples ne vont plus nous manquer.

Nous n'avons plus ici affaire à une tumeur fœtale, de texture plus ou moins compliquée, mais bien à un cancer, dans la véritable acception du terme, développé aux dépens d'un muscle adulte.

Le rhabdomyome malin présente à un simple examen certains aspects, sinon tout à fait caractéristiques, du moins permettant, dans une certaine mesure, de mettre sur la voie du diagnostic.

La consistance de la tumeur est ferme et en général plus grande que la palpation pratiquée avant l'intervention n'aurait pu le faire croire. Cela tient à ce qu'à la périphérie, il n'est pas rare de rencontrer des points ramollis présentant un aspect encéphaloïde et presque puriforme. Le centre est beaucoup plus dur et la consistance en est presque fibreuse; cependant la tumeur ne crie pas sous le scalpel.

La couleur est généralement jaune orangé, rappelant un peu le névrome malin (thèse de Gauthier), ou le xanthome.

Il est impossible cependant de les confondre avec ces tumeurs, car l'aspect général, bien différent, offre des caractères très particuliers. La tumeur est divisée par des cloisons fibreuses en une série de lobules de différentes dimensions, en général arrondis et chacun de ces lobules est lui-même constitué par un stroma fondamental, grisâtre et chair d'huître, lequel est parsemé d'une multitude innombrable de marbrures jaune orangé qui donnent à l'ensemble de la tumeur la coloration dont nous avons parlé. Les septa fibreux ont une couleur jaune brun qui tranche sur le fond. La netteté de cette division est surtout marquée dans les parties profondes, tandis qu'à la périphérie le tissu est un peu plus uniforme comme aspect et comme consistance. C'est ainsi que l'on trouve de larges zones lardacées.

Si la tumeur vient faire saillie sous la peau, celle-ci est refoulée, s'amincit, puis s'ulcère, soit par usure traumatique, soit par envahissement néoplasique.

On voit par ce qui précède que l'examen macroscopique du rhabdomyome malin, par les caractères particuliers que nous venons de donner, élimine déjà par lui-même un certain nombre de tumeurs qu'il est possible de rencontrer dans les muscles, et qu'à lui seul il doit faire songer au diagnostic de rhabdomyome, pourvu que l'observateur prévenu songe à la possibilité d'une telle tumeur relativement rare.

Tels sont les caractères macroscopiques que nous avons pu relever dans nos observations d'une façon constante. C'est d'après elles aussi que nous édifions l'anatomie pathologique microscopique du rhabdomyome malin.

Les coupes de ces tumeurs ont été en leur temps colorées au picro-carmin, à l'éosine hématoxylique et au Bioudi-Heidenhein, par M. L. Dor.

Nous avons sous les yeux, en écrivant ce qui va suivre sur l'anatomie microscopique du rhabdomyome malin la tumeur maligne de la fesse dont nous donnons plus loin l'observation, mais il est bien entendu que c'est seulement pour faciliter l'exposition, car les deux autres tumeurs opérées par M. le Professeur Poncet ne diffèrent en réalité de celle-ci que par leurs connexions.

L'examen des coupes microscopiques qui nous ont été confiées montre pour le rhabdomyome de la fesse que nous avons vu deux points différents de la tumeur; l'une des séries de coupes, en effet, porte sur l'un de ses bords un revêtement cutané avec des bourgeons interpapillaires; l'autre a été prise en pleine tumeur; nulle part la masse ne semble limitée par une formation définie.

A un faible grossissement (Zeis, obj. 4), on remarque immédiatement l'aspect général. Dans une partie des coupes le tissu présente, en effet, dans ses rapports avec les cellules, une disposition tout à fait particulière.

La tumeur est composée de cellules et d'un stroma. Le stroma, qui n'est autre que du tissu conjonctif ordinaire, forme des mailles de différentes grandeurs. En certains points, il y a une maille pour chacune des cellules; en d'autres, plusieurs cellules, 2, 3, 4 ou même davantage, sont contenues dans une même maille. Dans ce cas cependant, les cellules ne restent pas moins nettement séparées les unes des autres, malgré la diversité très grande de leur forme et de leur grandeur. L'ensemble de la tumeur forme ainsi un réseau, ce qui donne à l'aspect général des coupes une physionomie assez spéciale.

Dans d'autres coupes, au contraire, la tumeur ne présente plus cette forme réticulée. On ne voit plus que des nappes cellulaires, avec, çà et là, quelques trousseaux isolés de tissu conjonctif et même en d'autres points, sans interposition d'aucun stroma.

C'est cette dernière disposition que reproduit la figure du *Précis d'anatomie pathologique* de M. Bard, dessinée d'après nature sur l'une des préparations de M. Dor.

Quelle que soit la disposition que l'on rencontre, de même que nous l'avons noté dans les points des rhabdomyomes congénitaux qui renferment des cellules embryonnaires, on reconnaît que tous ces éléments présentent une orientation quelquefois à peine marquée, quelquefois très nette dans le sens de la direction des faisceaux du muscle qui est porteur du néoplasme.

Stroma et cellules seront étudiés séparément et d'une façon plus complète un peu plus loin; nous n'avons voulu noter ici que les rapports que ces deux éléments présentent entre eux dans leurs divers modes de répartition.

Dans les coupes offrant la peau, le tissu conjonctif présente une disposition différente; là, en réalité, on a sous les yeux, en effet, une extension de la tumeur dans le tissu conjonctif sous-cutané et dans le tissu plus dense du derme; les dernières cellules néoplasiques s'avancent presque jusqu'à la base des papilles en dissociant les faisceaux connectifs; toutefois, les papilles elles-mêmes ne sont pas envahies, sauf en quelques points et, par suite, n'ont pas été déplissées. Par places, cependant, les bourgeons interpapillaires ont disparu, le derme muqueux de Malpighi étant limité d'une façon rectiligne dans ces points; alors les éléments néoplasiques sont pour ainsi dire à son contact.

Mais nulle part le revêtement cutané n'est entamé.

Nous savons cependant qu'en d'autres points, dont on n'a pas recueilli de fragments, la peau envahie était entièrement ulcérée.

Dans les coupes du fragment profond, la tumeur est bien moins riche en tissu conjonctif, mais la disposition des cellules reste la même.

Nous allons décrire avec soin cette nappe d'éléments cellulaires interrompue seulement çà et là, outre les faisceaux du stroma, par quelques fibres musculaires striées, reconnaissables dès le faible grossissement (Zeis, obj. 4). Toujours à ce grossissement, ce qui frappe dès l'abord, ce sont des cellules de formes très diverses, de dimensions très inégales, mais offrant immédiatement un volume, une abondance de protoplasma qui empêche l'esprit de se contenter du vague diagnostic histologique de « sarcome ». L'aspect épithé-

lioïde attire, en somme, surtout l'attention; leur coloration par le picro-carmin confirme aussi cette impression. Alors, en effet, que les cellules conjonctives prennent une teinte rouge foncé, celles-ci restent orangées, avec un ton plus accusé pour les boules bourgeonnantes qu'on voit à l'intérieur et sur lesquelles nous devons revenir.

Nulle part on ne voit apparaître de formations glandulaires ou tubulaires; en somme, on arrive à exclure une tumeur de revêtement épithélial ectodermique, et le diagnostic différentiel semble devoir se localiser entre tumeur secondaire du muscle ayant eu, comme point de départ, un organe glandulaire profond, ou bien encore, tumeur très maligne, à cellules très « métatypiques », et tumeur primitive du muscle.

Dès ce grossissement, on remarque la teinte particulière du protoplasma de ces cellules colorées par le picro-carmin. On est frappé de voir ces blocs cellulaires inégaux offrir à peu près tous une teinte protoplasmique d'un beau rouge orangé qui n'est ni la teinte de la myosine ordinaire, ni celle d'un protoplasma hyalin, ni d'un protoplasma granuleux ordinaire. Nous avons déjà dit que cette coloration particulière faisait immédiatement songer à des cellules de nature épithéliale, ce qui cadre bien avec ce que nous savons aujourd'hui sur l'origine des cellules musculaires. On sait, en effet, que le protoplasma conjonctif a la propriété de se colorer en rouge bien plus foncé par le picro-carmin.

Mais, dans l'intérieur de ces cellules, nous trouvons des points plus colorés : ce sont, d'une part, des boules bourgeonnantes, sur la nature desquelles nous reviendrons plus loin et, d'autre part, les noyaux toujours nombreux, qui offrent une teinte nettement acajou. Il arrive parfois que ceux-ci se voient difficilement, dans le cas où les boules bourgeonnantes, dont la coloration se rapproche sensiblement de celle des noyaux, sont abondantes au point de masquer le véritable protoplasma cellulaire.

Enfin, on constate encore que les fibres musculaires, isolées dans la tumeur, sont dans un état de gracilité tel qu'elles paraissent réduites à quelques cylindres contractiles à peine.

Quand nous avons observé nos coupes à un fort grossissement (Zeis, oc. 3, obj. 6, et Zeis, immersion, obj. 12), nous avons vu tous ces détails se préciser; nous avons constaté l'inégalité énorme de tous les éléments cellulaires de la tumeur; nous avons vu des corps volumineux donnant la sensation de blocs polyédriques à angles mousses, blocs pouvant aller du volume d'un globule blanc polynucléaire à celui d'une cellule à myéloplaxes. Ces cellules irrégulières,

quand elles sont petites, peuvent bien offrir leur protoplasma teinté légèrement et un noyau assez apparent; mais celles-ci sont incontestablement les moins nombreuses. Si l'on observe, au contraire, une de ces cellules d'un volume moyen, l'ensemble prend, au picro-carmin, une teinte qui, à des degrés de plus ou de moins, tend vers l'orangé et déjà les noyaux sont moins apparents.

Dans les cellules les plus volumineuses, on voit apparaître dans ce protoplasma comme des flocons, des boules qui envahissent plus complètement tout le corps cellulaire; la substance qui les constitue a un éclat gras; est mal délimitée du protoplasma dans lequel elle plonge; la teinte acajou se caractérise encore davantage et les noyaux se distinguent à peine. Une autre cause d'obscurité peut provenir de ce que, dans certains autres éléments, cette substance, peu abondante, forme des zones ou des points de concentration qui, par leur réaction, se rapprochent de la teinte des noyaux, si bien que ces derniers deviennent très difficilement différenciables.

Toutes ces cellules sont réparties dans la nappe cellulaire sans aucun ordre, les plus volumineuses pouvant apparaître à côté des plus petites.

Il nous reste à parler des cellules en fuseaux sans trace de striation ou avec striation ébauchée, et des éléments fusiformes ou étoilés qui, eux alors, sont beaucoup plus rares et doivent être recherchés avec soin. Quand on en rencontre un ou deux, on peut alors faire les observations suivantes : leur aspect général, assez variable, présente cette particularité qu'ils sont terminés par des extrémités effilées et parfois même effilées en une double pointe. Ils possèdent un ou deux renflements à leur partie centrale, dans lesquels se trouve une accumulation de noyaux. Les plus allongés, ceux qui offrent cette denticulation sur les bords, que nous avons notée tout à l'heure, peuvent présenter trois ou quatre noyaux dans leur partie la plus renflée, puis en offrir encore un ou deux à chaque renflement ou à chaque denticulation importante.

Ces noyaux nous ont toujours paru très petits, non vésiculeux, assez homogènes et se teignant en rouge acajou par le carmin, mais avec une intensité très variable.

Nous avons cependant rencontré des cellules en fuseaux assez volumineuses ne présentant qu'un seul noyau, un peu plus gros dans ce cas que ceux des cellules qui en renferment trois, quatre ou davantage. Cette disposition était, à vrai dire, exceptionnelle dans les tumeurs que nous avons examinées, tandis que Marchand et Ribbert la décrivent comme étant la plus fréquente.

Ces cellules se détachent le plus souvent assez bien sur le fond

de la préparation, quoique leur protoplasma cellulaire paraisse obscurci par la substance qui teinte les autres cellules; leur corps cellulaire n'est cependant ni hyalin ni granuleux, et il a en somme une teinte particulière; cette netteté plus grande tient à ce que la substance qui a donné cette réaction, paraissant plus homogène, plus également répartie et n'étant plus en boules irrégulières ou bourgeonnantes, les détails cellulaires semblent plus apparents.

Il n'est pas rare d'observer dans ces éléments fusiformes une striation longitudinale et transversale plus ou moins marquée. Celle-ci se montre tantôt sur un des prolongements cellulaires, tantôt sur les deux, dans toute leur étendue ou dans une partie seulement, tantôt, enfin, elle est à peine visible et occupe une faible portion du corps cellulaire. Dans ce dernier cas, c'est la partie la plus rapprochée du ou des noyaux qui présente, seule, l'ébauche de striation.

Rien n'est plus variable, du reste, comme la dimension de ces éléments. Les prolongements cellulaires sont, en effet, quelquefois extraordinairement longs; régulièrement minces, rectilignes ou en ligne brisée.

Marchand pense que ces cellules en fuseaux s'accolent entr'elles dans le sens de la longueur et il voit ainsi la transition entre la cellule en fuseau et le véritable ruban musculaire. Cette hypothèse paraît plausible, quoique nous n'ayons pas trouvé de disposition nous permettant de la justifier.

A l'encontre de ces auteurs qui, il est vrai, n'ont fait porter leurs observations que sur des tératomes, nous avons toujours vu les éléments fusiformes nettement séparés les uns des autres, même dans les parties de tumeurs les plus riches en ces sortes de cellules.

Marchand décrit encore, outre les prolongements cellulaires, des anastomoses dont nous n'avons pas trouvé d'exemple. Lorsque ces sortes d'éléments présentent un état adulte parfait, il est impossible de donner une raison péremptoire pour affirmer qu'ils sont bien des produits nouveaux. Nous pensons, à ce point de vue, qu'il y a lieu d'admettre deux espèces de fibres.

Il en est, tout d'abord, qui proviennent du muscle malade et qui ont persisté au sein du néoplasme : nous avons déjà fait observer que ces dernières sont souvent cassées, désagrégées par le processus cancéreux et que, d'autres fois, elles sont en état de dégénérescence vitreuse. Nous avons également constaté sur certaines fibres, que les dents sont parfois remplacées par de véritables trous, ce que l'on tend généralement à considérer comme provenant de la dissolution du glycogène par l'eau ou l'alcool faible, employé dans la technique des coupes. L'état cassé de la fibre musculaire est un

excellent moyen de diagnostic; la dégénérescence, au contraire, ne prouve rien, car celle-ci peut atteindre les éléments les plus embryonnaires, ainsi que Marchand l'a bien montré.

En second lieu, il y a des fibres qui sont assurément de formation nouvelle, car on trouve toutes les transitions entre les cellules en fuseaux et le ruban musculaire parfait. Ce dernier point montre bien que la difficulté ou l'impossibilité que l'on a à différencier entre eux les deux ordres de provenance est, en somme, d'importance secondaire. Les éléments absolument adultes sont, en effet, l'exception et il reste toujours, outre les cellules rondes et les cellules en fuseaux très embryonnaires dont nous donnerons ultérieurement les caractères propres, des éléments fusiformes, présentant une striation plus ou moins marquée et permettant d'une façon absolue d'affirmer la nature musculaire striée de la tumeur.

Quant aux grosses fibres musculaires, sur la provenance desquelles aucun doute ne saurait s'élever, elles n'offrent rien de particulier à noter à un fort grossissement; mais, du moins, elles nous ont été très utiles pour établir, par la synonymie des teintes, que les boules plus ou moins bourgeonnantes, plus ou moins volumineuses, rencontrées dans le protoplasma des éléments cellulaires, de divers volumes, doivent avoir une parenté, si même ce n'est pas exactement la même substance, avec la substance contractile. Nous allons revenir sur ce point particulier.

En résumé, nous trouvons, comme composant le rhabdomyome malin, trois ordres d'éléments sur lesquels nous avons longuement insisté; ce sont les cellules rondes ou cubiques, les cellules en fuseaux non striées et les éléments fusiformes plus développés et présentant soit une ébauche de striation, soit une striation parfaitement nette.

Nous pensons que ces trois sortes d'éléments représentent les différents stades évolutifs d'une même cellule, les cellules rondes étant le premier, c'est-à-dire le plus embryonnaire. Nous reproduisons, en effet, dans la planche II, les divers types de cellules qui composent nos rhabdomyomes malins. Les cellules rondes et cubiques sont de beaucoup les plus nombreuses, mais on trouve entre elles et les cellules en fuseaux, de même qu'entre ces dernières et les éléments fusiformes striés, toutes les formes intermédiaires.

Il est intéressant de rapprocher le développement de la fibre musculaire chez l'embryon et dans le rhabdomyome malin. Nous nous bornerons ici à faire remarquer que nous n'avons nulle part trouvé de cylindre creux dans le rhabdomyome embryonnaire, bien que nous ayons observé des fibres de nouvelle formation à un degré de développement plus avancé.

Nous signalons aussi une étude d'Otto Weber, d'Heidelberg (*Archives de Virchow, 1867*), sur la régénération de la fibre musculaire après traumatisme ou inflammation. Nous lui empruntons quelques schémas que nous reproduisons dans la planche III, et nous sommes frappés de la similitude anatomo-pathologique complète entre ces deux processus : néoplasique et régénératif.

Ces analogies sont d'autant plus intéressantes à noter que le traumatisme est généralement considéré comme jouant un rôle important dans l'étiologie du cancer.

On a pu voir dans le cours de notre description microscopique, que nous tendions à interpréter comme étant de la myosine mal élaborée, pas encore disposée en cylindres contractiles striés, la substance qui teintait le protoplasma de la plupart des cellules de cette tumeur, qui formait, dans les plus volumineuses d'entre elles, des boules bourgeonnantes se colorant en rouge par le carmin.

Cette interprétation mérite d'être discutée. Nous ne pouvons pas dire au nom de l'histochimie que cette substance soit, à coup sûr, de la myosine, mais on nous accordera qu'une pareille accumulation d'une autre substance, dans les cellules d'une tumeur de nature musculaire, serait tout à fait anormale.

Tous les auteurs qui ont traité des rhabdomyomes congénitaux insistent sur la présence, dans les jeunes cellules musculaires, d'une accumulation énorme de glycogène.

Nous avons nous-même recherché le glycogène dans les cellules musculaires et nous l'avons décelé par l'iode; cependant nous ne pensons pas que ces boules bourgeonnantes, que révèlent la coloration par le picro-carmin, soient toutes de nature glycogénique, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en colorant des coupes en série de la même tumeur, successivement par le carmin et par l'iode, nous constatons que le glycogène intra-cellulaire, quoique assez abondant, est loin de représenter la superficie occupée par les boules bourgeonnantes, colorées en rouge par le carmin.

Ensuite, si l'on songe que le glycogène est dissous par l'eau à peu près complètement, on doit reconnaître que la méthode de coloration par le carmin, qui comporte dans la technique l'hydratation des tissus, est absolument impropre à mettre en lumière le glycogène dans les cellules.

Il découle de cette double considération que ces points colorés en rouge acajou, qui occupent la plus grande partie des cellules musculaires, ne peuvent, en tout cas, représenter uniquement du glycogène.

Il y a donc, à côté de cet élément, une autre substance, et nous

pensons que rien ne nous interdit de la considérer comme étant de la substance contractile, étant donné surtout qu'elle présente la même réaction au carmin que la myosine ordinaire.

Certes, elle peut bien ne pas être absolument identique à la myosine des muscles à l'état de complet développement et se trouver à un degré d'élaboration moins parfait. Beaucoup d'arguments du reste, pris dans la pathologie générale des tumeurs, militent en faveur de cette interprétation et tendent à prouver que la cellule musculaire, même néoplasique, doit faire, à un degré plus ou moins grand de perfection, la substance qu'elle est chargée de sécréter et d'entretenir à l'état normal et adulte. Elle le fera au même titre que la cellule ectodermique, dans les tumeurs, tendra toujours à fabriquer la substance cornée, que la cellule thyroïdienne fabriquera des boules colloïdes intra-cellulaires, que la cellule de la gaine de Schwann tend à former de la myéline, non plus en tubes réguliers, mais en boules, etc., etc.

Lors donc, quand on rencontrera dans une tumeur musculaire cette ébauche de production, on devra, pensons-nous, considérer la substance que nous avons décrite comme étant de la myosine et l'on aura ainsi un des moyens les plus précieux pour reconnaître la nature de la tumeur examinée.

Nous ne possédons que quatre observations de rhabdomyome malin.

La première est celle de M. Vincent, médecin des hôpitaux de Lyon, communiquée, en 1894, à la Société des Sciences médicales, par M. Bérard, interne du service, à cette époque.

La seconde a fait l'objet d'une communication de MM. A. Poncet et Bérard, au dernier Congrès de Chirurgie de Paris (1899).

Les deux derniers cas sont originaux; nous les devons à l'obligeance de M. le Professeur Poncet, qui les a observés dans sa clinique, l'un en 1896, l'autre en 1898.

Observation I (MM. Vincent et Bérard, 7 juillet 1894).

Enfant, deux ans; néoplasme comme une noix de la région lombaire; énucléation avec simple anesthésie locale.

Six mois après, récidive locale; dix mois après, tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, adhérences profondes; ulcération de la peau dont le fond sanieux et bourgeonnant saigne. Décoloration des téguments; aspect clinique du sarcome : souffles, battements, température locale de 39°. Ablation au thermo-cautère; mort dans la journée; l'autopsie n'a pu être faite.

Examen microscopique par M. Bard, qui diagnostique un rhabdomyome malin.

Obs. II (MM. A. Poncet et Bérard, examen de M. L. Dor). Communiquée au Congrès de Chirurgie, Paris, 1899.

G. M..., cinquante-huit ans, entre à la clinique de M. le Professeur Poncet avec une tumeur de la partie supérieure latérale du cou. Début deux mois avant. Tumeur grosse comme un œuf, non adhérente au sterno-mastoïdien. Contours irréguliers, apparence de masses accolées les unes aux autres. Pas de signes de compression, pas de douleurs. État général assez

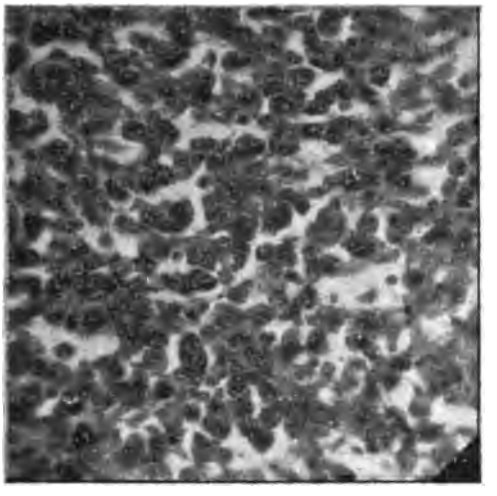


Fig. 1. — Coupe histologique d'un rhabdomyome malin (Obs. II).

bon. Rien du côté de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage. On pense à un cancer latent avec adénite.

Opération le 6 juin; ablation incomplète à cause des adhérences au pharynx.

Le malade guérit de son opération, mais continue à maigrir et meurt quelques mois après.

L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un rhabdomyome malin, développé aux dépens des muscles du pharynx.

Obs. III (M. le Professeur A. Poncet).

Louis B..., trente-deux ans, 14 avril 1895.

Début il y a six mois par douleurs dans le mollet droit. La grosseur augmenta petit à petit.

Accroissement rapide il y a deux mois; douleurs de plus en plus violentes. 14 centimètres de plus de circonférence que du côté sain. Tumeur uniforme, dure, du creux poplité au tiers moyen de la jambe. Soulèvement systolique, léger souffle.

Pas de ganglions, pas de teinte cachectique.

Température un degré plus élevée du côté malade.

Opération le 23 avril : ablation incomplète à cause d'adhérences musculaires étendues.

Mort trois mois après, de cachexie ; l'autopsie n'a pu être faite.

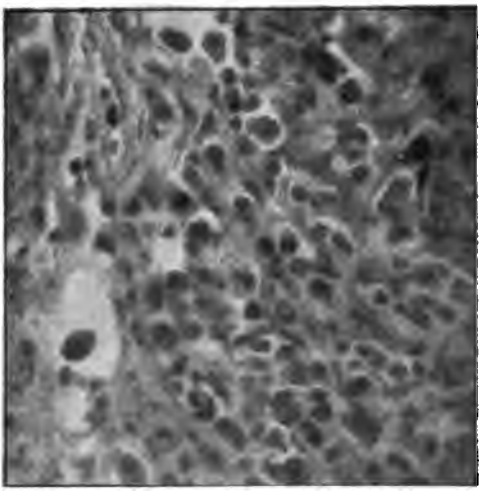


Fig. 2. — Coupe histologique d'un rhabdomyome malin (Obs. III).

M. Dor pratique l'examen microscopique et reconnaît un rhabdomyome malin.

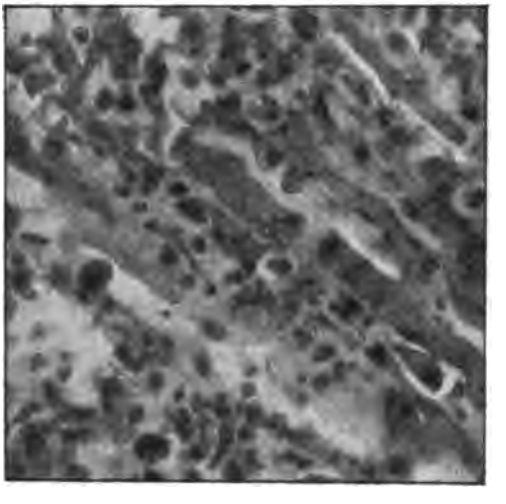


Fig. 3. — Rhabdomyome malin. — Coupe de la tumeur (Obs. IV).

Obs. IV (M. le Professeur Poncet).

Victorine M..., cinquante ans, 1896.

Début il y a un an ; vaste tumeur de l'épine iliaque droite jusqu'au pli fessier et depuis le bord gauche du sacrum jusqu'au trochanter.

Sauf à la base, toute la cuisse est ulcérée, rougeâtre, avec des parties sphacélées jaunâtres. Seconde tumeur à la grande lèvre droite, grosse comme une mandarine, lisse, violacée, avec sa partie centrale ulcérée et sphacélée.

Fig. 4. — Rhabdomyome malin. — Aspect de la tumeur (Obs. IV).

Pas de ganglions.

Opération le 19 mai. Adhérences multiples aux muscles et aponévroses; prolongement dans la fosse ischio-rectale. On ne peut tout enlever. Poids, 1950 grammes.

Mort six mois après. Pas d'autopsie.

L'examen macroscopique et microscopique confirmèrent le diagnostic de rhabdomyome malin.

Nous devons maintenant dire quelques mots de la forme intermédiaire du rhabdomyome, moins facile à coup sûr à individualiser que les deux formes précédentes.

Comme pour le rhabdomyome adulte bénin, nous n'avons pas trouvé d'observation qui cadre absolument avec le type schématique dont il est assez facile cependant de se faire une idée. En effet, la description que nous avons donnée du tératome rhabdomyomateux bénin renferme tous les éléments musculaires des différents rhabdomyomes vrais : il n'y a, d'une part, entre la forme adulte et la forme embryonnaire et, d'autre part, entre les deux formes précédentes et la forme intermédiaire, qu'une question de degré dans la prédominance des cellules embryonnaires et dans l'évolution clinique.

Nous concevons, en un mot, la forme intermédiaire du rhabdomyome comme une tumeur renfermant, pour une part à peu près égale, des éléments adultes et des éléments embryonnaires, et que l'examen histologique seul ne permettrait pas de classer à coup sûr dans la forme bénigne ou la forme maligne.

Nous rapportons ici le résumé d'une observation qui a trait à un cas de M. le Professeur agrégé Siraud, qui a été examiné au point de vue histologique par M. R. Tripier, professeur d'anatomie pathologique, et par M. le Professeur agrégé Paviot, préparateur des Hôpitaux, et qui fut considéré par eux comme étant très probablement une tumeur musculaire striée.

M. Bard, à l'examen de qui ces coupes furent soumises, confirma le diagnostic porté.

Nous tendons à la considérer comme étant un rhabdomyome du type intermédiaire.

Obs. V. — Françoise C..., vingt-deux ans, 25 mai 1899. Début il y a dix-huit mois. Tumeur située à 10 centimètres au-dessus du condyle interne, mobile avec le muscle sous-crural, dans lequel elle se trouve.

Opération sans accident; pas de ganglions.

Suites très simples.

Huit mois après, pas de récidive; état de santé de la malade parfait.

A l'examen microscopique, on pense immédiatement que l'idée de tuberculose ou de fibro-lipome musculaire doit être définitivement écartée.

On se trouve, en effet, en présence d'une nappe de tissu paraissant étranger au muscle et entouré par lui de toutes parts.

D'ailleurs, dans le muscle qui l'entoure, tous les interstices conjonctifs sont épaissis et sclérosés et, en bien des points, envahis par du tissu adipeux.

Le tissu offre des aspects très différents à un faible grossissement; de grosses bandes de tissu d'aspect conjonctif le parcourent en tous sens; les unes semblent tendre à le limiter et l'encapsuler; d'autres poussent dans la tumeur des prolongements qui s'y arrêtent brusquement, renflés en tête de serpent. A la périphérie, au moins en certains points, ce tissu conjonctif semble bien de nature connective et se continue avec le tissu conjonctif fasciculant, hypertrophié, du muscle environnant. Çà et là, cependant, des hémorragies récentes écartent ses lames.

En s'avançant vers le centre de la masse, ces grosses travées conjonctives changent progressivement de caractère; des cellules de plus en plus nombreuses apparaissent à son intérieur; bientôt ces cellules y subissent des orientations déterminées, qui semblent répondre à une fasciculation; puis, en poursuivant ce que devient un de ces trousseaux conjonctifs, de la périphérie vers le centre, tout à coup, on voit son extrémité se renfler, perdre peu à peu sa tendance à la fasciculation et prendre une constitution exclusivement cellulaire.

Dans ces derniers points, on est certainement en présence d'une tumeur. A un fort grossissement, en effet, si l'on fait la recherche, en procédant de la périphérie vers le centre, on voit qu'un gros trousseau, d'apparence purement conjonctif d'abord, en s'avançant, paraît bientôt devenir de plus en plus riche en cellules. Celles-ci, d'abord fusiformes ou étoilées, semblent seulement manquer à la périphérie des faisceaux circulaires ou ovales, dont le centre est conjonctif. Puis, ces cellules augmentant de nombre et de volume, leur protoplasma augmente aussi; au fur et à mesure, la substance conjonctive qui les séparait s'atténue et finit par disparaître. Enfin on arrive dans des nappes exclusivement cellulaires.

Ces nappes cellulaires offrent, à un fort grossissement, une constitution qui ne laisse aucun doute sur la nature néoplasique de la production. Par places, ce sont des cellules d'aspect épithélioïde, dont les limites sont peu distinctes, mais assez riches en protoplasma, à en juger par l'écartement des noyaux les uns des autres;

le protoplasma est jaune verdâtre, comme strié. Chaque cellule renferme plusieurs noyaux.

D'ailleurs, suivant les nappes que l'on observe, les cellules deviennent fusiformes, s'imbriquent en formant des tourbillons, dont l'ensemble redonne l'impression d'une fasciculation. Mais, même quand ces cellules prennent le plus une forme en fuseau et où leur corps protoplasmique offre une striation plus ou moins complète, jamais les noyaux ne deviennent des bâtonnets; ce sont toujours des noyaux vésiculeux, bien sertis, sans homogénéité; en somme, il gardent le caractère épithélioïde.

Dans plusieurs de ces nappes cellulaires, il y a des hémorragies interstitielles; ces dernières sont récentes dans les nappes exclusivement cellulaires; mais il y en a d'anciennes, déjà à l'état de dépôt d'hématoïdine dans les trousseaux devenus en partie conjonctifs.

En somme, par exclusion, par les caractères, par l'agencement, on arrive au diagnostic histologique très probable de *tumeur musculaire striée*.

Un point plus délicat à éclaircir, c'est celui de malignité ou de bénignité. Il est difficile de le fixer d'une façon catégorique. Pour la bénignité, on a la tendance à l'encapsulation et à la limitation de la tumeur. Mais est-ce un encapsulement réel? Nous ne le croyons pas, car le tissu conjonctif de la périphérie semble être le fait de la transformation progressive du néoplasme. Et en parcourant la préparation, on peut souvent se croire en dehors de la tumeur, en pleine capsule conjonctive, quand tout à coup apparaît une nappe cellulaire ou une tête renflée de trousseaux fibreux à la base, dans laquelle le néoplasme reparaît. Enfin, les hémorragies récentes et anciennes prouvent que la tumeur est au moins en évolution.

On voit, en lisant cette observation, que le type de cette tumeur se trouve à cheval sur la forme adulte et sur la forme embryonnaire. On serait plutôt tenté, comme impression d'ensemble, de la considérer comme une tumeur maligne. Et cependant l'évolution clinique nous apprend que huit mois après, il n'y a eu aucune récidive.

Nous avons donc bien là, semble-t-il, la forme intermédiaire du rhabdomyome.

Nous ne dirons que quelques mots du diagnostic anatomo-pathologique des rhabdomyomes, qui est en général assez facile à établir au microscope, si l'on tient compte que les tumeurs en général, même les plus malignes, sont très exceptionnellement composées

uniquement de cellules embryonnaires et si, partant de ce principe, on songe à examiner plusieurs points différents d'un même néoplasme.

On ne confondra pas le rhabdomyome bénin avec l'*hypertrophie musculaire simple*, dans laquelle l'arrangement normal des fibres est conservé et où on ne constate jamais la présence de fibres néoformées.

Le diagnostic de la forme intermédiaire est plus délicat et l'on devra souvent le réserver, jusqu'à ce que l'évolution clinique ultérieure l'ait définitivement établi.

En présence d'un rhabdomyome malin on devra songer aux divers *épithéliomas* qui se distingueront par les globes cornés, la matière sébacée, les formations glandulaires.

On éliminera successivement le *lymphosarcome* dont les cellules sont plus petites, plus régulières, et dont le noyau, unique le plus souvent, constitue à peu près à lui seul la cellule tout entière; le sarcome *globo-cellulaire* qui ne répond, en somme, à rien de précis; le *chondrosarcome malin* où la substance fondamentale homogène, amorphe, claire, transparente, ne se colore pas par le carmin, si bien que les cellules paraissent libres au milieu d'un liquide solidifié.

On devra encore éviter la confusion avec le *névrome malin* (thèse de Gauthier, Lyon, 1898), dont les caractères microscopiques sont tout autres, et dont les cellules beaucoup plus espacées diffèrent surtout par la nature de leur protoplasme et le nombre de leurs noyaux.

Nous ne faisons que citer le *sarcome conjonctif*, le *sarcome dissociant* (thèse de Nové-Josserand, Lyon, 1891), qui ne sont pas des néoplasmes de la fibre musculaire, le *lipome* et le *xanthome* enfin, qui ne se rapprochent des rhabdomyomes que par leur coloration à l'examen macroscopique [1].

1. Nos trois photographies microscopiques, que nous devons à l'obligeance de M. L. Dor, ont été faites d'après les coupes des trois rhabdomyomes malins, opérés par M. le Professeur Poncet.

SCHÉMAS.

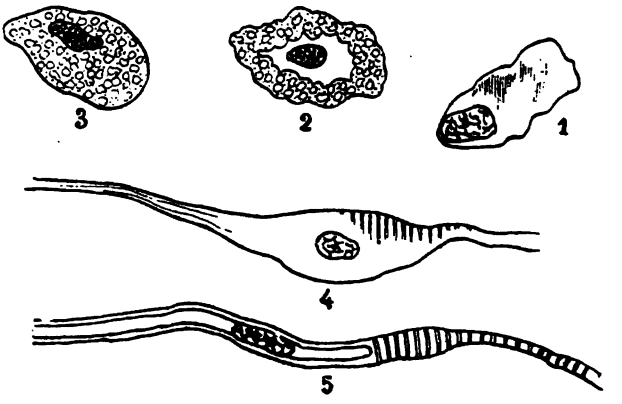


PLANCHE I. — D'après Ribbert, *Arch. de Virchow*, Taf. VII, 1892, vol. 130.

Fig. 1. Une cellule atteinte de dégénérescence zenkérienne. — Fig. 2. Coupe d'une fibre creuse, au niveau d'un noyau. — Fig. 3. Coupe d'une fibre pleine. — Fig. 4. Une cellule en fuseau, avec ébauche de striation. — Fig. 5. Une fibre en partie creuse et en partie pleine, prise dans une partie embryonnaire d'un rhabdomyome du bassinet.

PLANCHE II. — Quelques cellules rondes et en fuseaux et quelques éléments fusiformes, avec striation plus ou moins marquée, dessinées d'après nature sur les coupes des tumeurs opérées par M. le Professeur Poncet.

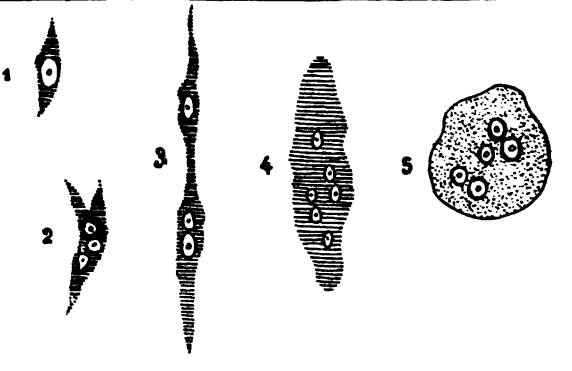


PLANCHE III. — D'après Otto Weber, *Arch. de Virchow*, vol. 39, 1867, Taf. IV. Cellules striées et cellule ronde à noyaux multiples, dessinées d'après nature et montrant la régénération musculaire chez un lapin adulte, après un traumatisme.

PNEUMOTOMIE AVEC RÉSECTION COSTALE

POUR PLAIE DU POUMON PAR ARME A FEU. GUÉRISON

Par le Dr Michel CHRISTOVITCH,

Chirurgien et oculiste de sa clinique chirurgicale privée, à Salonique,
Membre correspondant de la Société impériale de Médecine de Constantinople,
Membre correspondant de la Société d'Ophtalmologie de Paris, etc.

Ismail Soul....., d'Albanie, âgé de vingt-deux ans, domestique chez un des notables de la ville d'Ussub, fut toujours bien portant, sans aucun antécédent héréditaire.

Dans une querelle avec un compatriote, il reçut à bout portant un coup de revolver au niveau du troisième espace intercostal gauche.

Le revolver était de gros calibre.

Le blessé est transporté dans la clinique, pâle et en pleine défaillance. J'examine la plaie d'entrée de la balle : elle saigne abondamment et je la ferme immédiatement au moyen d'emplâtre antiseptique.

Il n'y a pas plaie de sortie de la balle, celle-ci sans doute est restée dans le parenchyme pulmonaire. J'ordonne le repos absolu avec application de glace, une piqûre de morphine, une potion calmante contre les efforts de toux et des toniques.

Pendant trois jours de suite le malade fut laissé dans l'immobilité; le quatrième jour, en l'examinant, je constatai un épanchement pleural important; l'hémorragie par la plaie avait cessé complètement, mais le malade continuait à se sentir défaillant, avec une forte oppression et de la fièvre.

J'attendis encore, en suivant les conseils de mon Maître Péan, qui disait qu'il ne fallait pas se hâter d'intervenir malgré la production d'accidents en apparence formidables. Toutefois le sixième jour, la suffocation était devenue tellement forte que le malade fut sur le point de succomber.

En présence de cet état si grave et presque désespéré, je ne pouvais m'en tenir encore à la simple expectation et proposai immédiatement l'intervention, qui fut acceptée.

Opération le 20 juin 1899. — Après une antisepsie rigoureuse du champ opératoire, la stérilisation des instruments et des pansements, le malade chloroformisé, fut transporté dans la salle aseptique de notre clinique et, en présence de plusieurs confrères, je fis dans le septième espace intercostal, à la région de la matité, une ponction exploratrice qui nous donna

la certitude d'un épanchement de sang devenu purulent. Je pratiquai immédiatement à l'endroit de la ponction une large incision qui donna issue à un flot de sang et de pus. Ne pouvant pas introduire mon doigt dans la cavité pleurale pour l'explorer, je réséquai 3 centimètres de la 6e côte, et c'est alors que je puis introduire mon indicateur et explorer toute la cavité pleurale gauche. En un point du poumon je sentis à l'aide du doigt une dureté qui me fit soupçonner l'existence de la balle. En suivant les règles adoptées en pareil cas, je taillai sur le thorax un lambeau en V, à concavité supérieure et externe, et réséquai dans une étendue suffisante la 5e et la 6e côtes pour permettre de saisir avec des pinces le point dur du poumon sur lequel j'incisai largement la plèvre pulmonaire et le parenchyme pulmonaire et d'où sortit une quantité de sang et de pus; au moyen d'une pince à balle, nous avons trouvé et enlevé la balle avec trois fragments sphacélés de poumon. A l'aide d'un bon tampon de gaze hydrophile, l'hémorragie fut arrêtée et l'asepsie fut assurée; deux drains furent mis dans la plèvre, le lambeau fut suturé sur les côtés. Pansement de gaze et de coton hydrophile stérilisé, entourant plus de la moitié du thorax, injection d'éther, injection de sérum artificiel de 500 grammes, répétée encore deux jours de suite.

L'opération n'a duré que vingt minutes; le malade, fut vite remis et grâce à l'asepsie rigoureuse que nous avons dans notre clinique, était complètement guéri en deux mois, sans fistule consécutive.

Les pansements ultérieurs étaient simplement aseptiques, sans jamais faire de lavages, que je trouve dangereux.

Ce cas de chirurgie pulmonaire m'a paru d'une certaine importance vu les suites si bénignes après une intervention grave.

La condition la plus favorable pour la guérison dans les interventions sur le poumon en général est la formation des adhérences pleuro-pleurales, comme cela arrive dans les cas de pleurésie purulente. La symphyse pleurale indique la proximité du foyer et permet en outre, un pronostic favorable, comme dans notre cas.

Si les adhérences font défaut, on peut les chercher ou les créer, car si l'on voulait s'en passer, on risquerait un pneumothorax plus ou moins funeste. On les cherche en faisant l'exploration par une ouverture pleuro-pariétale : ce que nous avons fait. Si on ne les trouve pas, on doit les provoquer soit immédiatement en fixant le poumon dans la plaie thoracique par la suture des feuillets pleuraux (Roux, Tuffier), soit lentement, au moyen d'un tamponnement antiseptique, selon les circonstances.

Avant d'arriver à l'opération principale, à la pneumotomie, on fait la thoracotomie, qui consiste en une résection costale proportionnelle à la profondeur, à l'étendue et à la difficulté d'atteindre le foyer pulmonaire; la partie inférieure de cette résection devra

affleurer le point le plus déclive du foyer. Elle a l'avantage de former un large champ opératoire et d'assurer un drainage plus complet. Au cours de l'opération, l'aspect lardacé de la plaie, son épaississement, sa consistance fibreuse, appréciable au doigt, sont les meilleurs signes de l'existence des adhérences.

Avant d'entreprendre l'opération, on pourrait soupçonner les adhérences sur certains signes présomptifs, par exemple des poussées de pleurésie, la marche aiguë de la maladie, la douleur localisée à la pression des espaces intercostaux.

Une autre condition aussi favorable pour le succès de la pneumotomie est la forte constitution du malade.

Ayant une grande pratique chirurgicale chez les Albanais, j'ai remarqué que leur race n'est pas dégénérée, car leurs plaies guérissent très vite et très facilement.

Si la chirurgie pulmonaire donne rarement des chances de succès en cas de maladies diffuses telles que la tuberculose, la bronchectasie, elle rend, au contraire, de grands services pour les lésions locales, telles qu'abcès, gangrène, kystes hydatiques, corps étrangers, malgré les difficultés du diagnostic, l'existence problématique des adhérences de la plèvre et l'impuissance où l'on est d'en provoquer facilement.

NOTE SUR LES CELLULES INTERSTITIELLES

DANS LE

TESTICULE ECTOPIQUE DE L'ADULTE

PAR MM.

B. CUNÉO, Prosecteur à la Faculté. et **P. LECÈNE,** Interne des hôpitaux.

La cure radicale de deux hernies inguinales avec ectopie testiculaire nous a fourni l'occasion de pratiquer l'examen histologique de deux testicules ectopiques chez des adultes.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, porteur d'une hernie inguinale gauche avec ectopie préinguinale. Ce malade avait déjà subi une première opération (cure radicale avec orchidopexie) qui n'avait d'ailleurs remédié ni à l'arrêt dans la descente du testicule, ni à la hernie elle-même. Notons l'absence absolue de tout phénomène inflammatoire ou douloureux au niveau du testicule ectopié. L'opération que nous fîmes consista dans la résection du sac, la réfection de la paroi à deux plans et la castration, conduite que nous allons justifier tout à l'heure.

Dans le deuxième cas, le malade, âgé de vingt-deux ans, était porteur d'une hernie inguinale gauche avec ectopie iliaque. Ici encore aucun antécédent d'orchite du côté du testicule ectopié. On pratique de même la résection du sac, la réfection de la paroi à deux plans et la castration.

L'examen histologique du testicule enlevé fut pratiqué dans les deux cas et donna les résultats suivants :

Testicule I. — Les coupes portent sur la région des tubes séminipares qui sont coupés suivant des incidences variées. A un faible grossissement on constate que les tubes sont séparés les uns des autres par des espaces conjonctifs beaucoup plus étendus qu'à l'état normal. Dans certains de ces espaces on remarque des amas cellulaires évidemment formés par l'agglomération de nombreuses cellules interstitielles. Un examen à un plus fort grossissement permet de préciser les lésions des tubes séminipares, du tissu conjonctif et des cellules interstitielles. Les tubes sont beaucoup moins volumineux qu'à l'état normal. Leur gaine lamellaire est très épaissie et se colore vivement par le carmin. Quant à l'épithélium séminipare, il est

formé de cellules de formes et de dimensions très variées, mais ne présentant que de rares formes de divisions kinétiques et aucune figure caractéristique d'un stade quelconque de spermatogénèse; aucun spermatozoïde libre dans la lumière de ces tubes.

Le tissu intertubulaire est formé de faisceaux conjonctifs et de quelques faisceaux de fibres élastiques, plongés dans une substance fondamentale homogène. Entre ces faisceaux se trouvent quelques cellules plates, offrant par places un aspect myxomateux. Les amas de cellules interstitielles présentent les caractères suivants. Leurs dimensions sont très variables; les uns ne comprenant que quelques cellules, les autres au contraire, beaucoup plus volumineux.

Le fait le plus saillant est leur systématisation périvasculaire;cette ordination des cellules interstitielles autour des vaisseaux a d'ailleurs été déjà signalée par Renaut [1], qui rapproche cette disposition de celle que présentent les lobules adipeux en voie de formation ou encore les cellules des glandes à sécrétion interne. La forme des cellules interstitielles rappelle en tous points celle des éléments correspondants du testicule normal. Ce sont des cellules beaucoup plus volumineuses que les cellules migratrices éparses dans le tissu conjonctif. Elles sont irrégulièrement polygonales, à noyau sphérique, avec un ou plusieurs nucléoles très nets. Le corps protoplasmique contient des globules graisseux et de nombreuses granulations pigmentaires.

Testicule II. — Le testicule II présente des caractères absolument analogues : les tubes y sont également atrophiés, sans figures de spermatogénèse. Les amas de cellules interstitielles, encore que très abondants, présentent un développement un peu moins considérable que dans le précédent. La fixation au Flemming permet de constater avec la plus grande netteté, la présence de nombreux granules graisseux, aussi bien dans les cellules épithéliales des tubes que dans les cellules interstitielles.

En résumé, nous trouvons dans ces deux cas deux ordres de lésions : d'une part, les tubes séminipares sont atrophiés et ne présentent pas de figures de spermatogénèse; d'autre part, il y a une augmentation numérique remarquable des cellules interstitielles.

Nous n'insisterons pas sur les lésions de l'épithélium séminipare et des tubes. Il s'agit en effet là d'un fait bien connu aujourd'hui, aussi bien au point de vue histologique qu'au point de vue de ses conséquences pratiques. Les modifications des cellules interstitielles nous arrêteront, au contraire, plus longuement.

Cette abondance des cellules interstitielles dans le testicule ectopique de l'adulte ne semble guère avoir jusqu'ici attiré l'attention des auteurs. Nous trouvons cependant le fait noté par MM. Félizet

1. Renaut. *Traité d'histologie pratique*, t. II.

et Branca, dans leur intéressant mémoire [1]; mais ils le signalent en passant, sans en tirer aucune conclusion. Or, il nous semble que ce point de détail de l'histologie du testicule ectopique peut présenter un certain intérêt : 1° au point de vue de la signification morphologique et physiologique des cellules interstitielles; 2° au point de vue de la pathogénie des dégénérescences néoplasiques si fréquentes du testicule en ectopie.

I. On sait que deux opinions ont été tour à tour soutenues sur la signification des cellules interstitielles du testicule. Pour Nussbaum, Mihalkoviczs, von Lenhossek, etc., les cellules seraient des éléments épithéliaux, et leurs amas représenteraient des tubes de Pflüger arrêtés dans leur développement. Pour Hofmeister, Hansemann, Plato, Tourneux et Renaut (et c'est d'ailleurs l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui), les cellules interstitielles seraient une forme spéciale, différenciée des cellules conjonctives. Il est évident que la morphologie et l'ordination des cellules interstitielles du testicule ectopique ne sauraient fournir de documents suffisants pour trancher la question. Néanmoins l'état des cellules interstitielles du testicule ectopique nous paraît plaider en faveur de la seconde opinion : on pourrait en effet s'attendre, étant donné leur développement exagéré, à leur voir constituer des formations épithéliales caractéristiques, telles que des tubes de Pflüger plus ou moins typiques. En réalité il n'en est rien et leur augmentation de nombre n'aboutit qu'à exagérer l'évidence de leur systématisation périvasculaire et à mieux montrer leurs rapports intimes avec le tissu connectif intertubulaire.

Au point de vue physiologique, le rôle des cellules interstitielles n'est pas moins discuté : pour les uns, les cellules interstitielles seraient des adjuvants plus ou moins directs de la spermatogénèse (Plato, Reinke, etc). D'autres considèrent ces cellules comme indépendantes du processus spermatogénétique, et les regardent comme le substratum anatomique de la sécrétion interne (Tourneux, Renaut). Le rôle sécrétoire de ces éléments est évidemment très problématique; pour rester limité aux enseignements fournis par le testicule ectopique, il peut sembler singulier que, dans le testicule arrêté dans sa migration normale, ces éléments soient beaucoup plus nombreux que dans le testicule sain, normalement situé, alors que souvent les cryptorchides bilatéraux présentent justement les attributs du féminisme, indice évident d'une sécrétion interne

1. Félizet et Branca. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1898, p. 589-641, pl. IX.

insuffisante. Quant aux relations de ces cellules avec la spermatogénèse, elles sont encore plus nettement controuvées par l'examen du testicule ectopique. Ne serait-il pas, en effet, au moins singulier que ces cellules présentassent justement leur maximum de développement dans des testicules dont la fonction spermatogénétique est absolument arrêtée? Remarquons, sans trop y insister, que cette observation concorde avec celle de Hansemann, qui a vu ces cellules interstitielles nombreuses surtout chez les cachectiques (tuberculose, cancer), et chez les animaux hibernants, à leur réveil, c'est-à-dire épuisés par l'autophagie.

II. La fréquence des néoplasmes développés dans un testicule ectopique est un fait absolument classique. Dupuytren et Marjolin l'ont depuis longtemps signalé; c'est ainsi que Fischer[1] en relève 39 cas, auxquels Kocher[2] ajoute quelques années plus tard 12 observations nouvelles; si bien que, en 1887, von Kahlden[3] réunissant tous les cas antérieurement publiés, arrive au chiffre de 58. Étant donné le développement exubérant des cellules interstitielles que nous avons signalé plus haut, on est amené à se demander si ce ne sont pas justement ces éléments qui constituent le point de départ du néoplasme. Il suffit pour répondre à cette question, de savoir à quelle variété de tumeurs appartiennent les dégénérescences néoplasiques du testicule ectopique.

Or, il est un fait absolument remarquable, c'est que dans la presque totalité des cas de néoplasmes nés dans un testicule ectopique, il s'agit de tumeurs d'origine conjonctive : sarcomes, myo-sarcomes, chondro-sarcomes. Cela est d'autant plus digne de remarque que dans le testicule normalement situé, les dégénérescences néoplasiques affectent plutôt le type épithélial (épithéliome séminifère) épithéliome wolfien (Pilliet)[4]. Ne semble-t-il pas que le développement considérable des cellules interstitielles peut donner la clef de cette différence entre les néoplasmes du testicule scrotal et du testicule ectopique, et explique en même temps la fréquence relativement grande de la dégénérescence néoplasique de ce dernier?

En résumé, par la publication de ces deux cas et des réflexions qui les accompagnent, nous avons tenu à appeler l'attention sur ce point particulier de l'anatomie pathologique du *testicule ectopique*

1. Fischer. *Zeitschrift für prak. Heilk.*
2. Kocher. *Deutsche Chirurgie* von Billroth und Lücke, Lief. 50.
3. *Ueb. Neubild. bei Kryptorchismus* (*Münch. med. Wochenschrift*, 1887, p. 587).
4. Pilliet et Costes. *Revue de Chirurgie*, 1895.

de l'adulte: le développement très marqué des cellules interstitielles. Au point de vue anatomique et physiologique, ce fait nous semble confirmer l'opinion qui veut que ces éléments soient d'origine conjonctive et indépendants de la spermatogénèse; au point de vue pathologique, il explique d'une façon rationnelle la fréquence des tumeurs malignes dans le testicule ectopié, et parmi ces tumeurs, la prédominance des sarcomes. Il serait à souhaiter que l'examen histologique détaillé de semblables tumeurs vînt permettre la démonstration directe de cette origine spéciale des sarcomes du testicule ectopique, en établissant l'existence dans ces cas, d'un type spécial de sarcome, analogue à celui que Hansemann[1] a décrit comme se développant aux dépens des cellules interstitielles du testicule normalement placé.

La conclusion pratique qui découle de ces constatations n'est pas douteuse : *l'ablation de tout testicule ectopique, après la puberté, s'impose, puisque non seulement la fonction spermatogénétique est définitivement abolie, mais que de plus, ce testicule fournit un excellent terrain pour le développement des tumeurs malignes.*

1. Hansemann. *Ueber die sogen. Zwischenzellen der Hod ens* (*Virchow's Archiv*, 1895, p. 538).

LE CANCER DU GROS INTESTIN

RECTUM EXCEPTÉ [1]

Par R. DE BOVIS,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Reims,
Chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

(*Suite* [1]).

III. — SYMPTÔMES.

SOMMAIRE.

I. Période de début. 1° *Type de latence* absolue ou relative. 2° *Type occlusif* : il débute par de l'occlusion intestinale; sa rareté. 3° *Type gastro-intestinal* : *a*) douleurs abdominales, caractère, siège; *b*) troubles dyspeptiques; *c*) constipation, hémorrhoïdes; *d*) diarrhée, ténesme, melæna, selles glaireuses ou purulentes. 4° *Modes de début rares* : hémorragies graves, asthénie, parésie ou œdème des membres inférieurs, ictère; tumeur, avec symptômes fonctionnels négatifs.

II. Période d'état. — A. *Symptômes fonctionnels.* — Groupes cliniques qu'on peut établir et qui sont, par ordre de fréquence : 1° les *constipés* : crises obstructives intercurrentes; 2° les *alternants* (constipation et diarrhée alternatives); crises douloureuses, entre chaque période d'alternance, et qui ne sont autres que de l'occlusion intestinale; 3° les *diarrheiques* : évacuations par regorgement, par entérite; 4° les *obstrués ou occlusifs* (crises d'obstruction ou d'occlusion intestinale); 5° les *douloureux* : douleurs parfois atroces, même en l'absence d'occlusion; 6° les *dyspeptiques*; 7° les *objectifs* ou *négatifs*; pas de symptômes fonctionnels, rien que des symptômes objectifs.

Analyse de quelques symptômes fonctionnels. — 1° *La douleur* : localisations paradoxales et anormales; le ténesme. 2° *Les évacuations alvines* : régularité très rare, forme des selles, contenances anormales : glaires, pus et sang. 3° *Les vomissements.* 4° *Les borborygmes.* 5° *Le péristaltisme et le météorisme localisés.*

B. *Symptômes objectifs.* — 1° *Vue.* 2° *Palper* : douleur localisée, consistance; *volume* apparent et volume réel; variations de volume chez le même sujet; forme extérieure; *mobilité* : influence du siège, de l'ancienneté des lésions sur la mobilité; borborygmes. 3° *Percussion* : submatité. 4° *Toucher* rectal ou vaginal.

C. *Symptômes généraux.* — Cachexie de famélisme, troubles menstruels, etc.

1. Voir le Numéro de juin 1900.

I. Débuts.

Dans les débuts du cancer de l'intestin on peut distinguer trois types :

1° Type de latence absolue ou relative,
2° Type occlusif,
3° Type gastro-intestinal.

1° Type de latence absolue ou relative.

Nous ne connaissons pas d'exemples de latence absolue; celui qui s'en rapproche le plus est le cas si connu et déjà cité de Cruveilhier.

Une femme de cinquante-huit ans meurt sans avoir jamais présenté aucun phénomène d'étranglement interne. Elle avait eu seulement de la diarrhée les jours qui précédèrent sa mort. A l'autopsie, on découvre un rétrécissement extrêmement serré, au niveau de l'arc du côlon, et en amont duquel s'étaient accumulés 617 noyaux de cerises.

Les exemples de *latence relative* sont un peu plus nombreux : pendant longtemps le malade ne remarque rien autre qu'une perte progressive de ses forces [1], un peu de nervosité [2], voire même un peu de constipation [3]. Ou bien encore, les fonctions digestives s'exécutent parfaitement, et la seule chose qui puisse attirer l'attention vers l'abdomen, c'est une certaine pesanteur, quelques coliques avec gargouillement [4], quelques vagues irrégularités des selles [5] ou surtout, mais un peu plus tard, la présence d'une tumeur [6].

2° Type occlusif.

Par type occlusif, nous entendons les cas dans lesquels la première manifestation du mal est une occlusion intestinale aiguë ou subaiguë (obstruction).

Les symptômes sont ceux de toute occlusion intestinale : vomissements, ballonnement abdominal, constipation, arrêt des gaz et des selles, etc. Le gonflement du ventre rend impossible l'appréciation d'une tumeur et le diagnostic reste en suspens quant à la cause. Une de nos observations inédites (de Bovis, III) en est un très bel exemple.

1. Paul, III, 1895.
2. Laubie et Carles, 1897.
3. Mayo Robson, 1895.
4. Kocher, 1890.
5. W. Edmunds, 1893, I.
6. Beger-Thiersch, 1882; Küster, 1887; Graff, 1896, XV; Laubie et Carles, 1899.

Un homme d'apparence robuste, non amaigri, et sans aucun antécédent digne d'être relevé, *sans aucun trouble digestif antérieur*, entre à l'hôpital avec une obstruction intestinale datant de huit jours : pendant cinq jours il n'a eu aucune selle; de temps à autre il avait cependant quelques gaz; la veille de son entrée, à la suite d'un lavement, il a une petite selle. Le ventre est fortement *ballonné*, *surtout à gauche*, et le malade sent à ce niveau des *gargouillements sonores*. Pas de péristaltisme. Le neuvième jour : petite débâcle; le ventre s'assouplit. Le onzième jour, les choses sont revenues en l'état; la région épigastrique est devenue à son tour proéminente; le flanc gauche est toujours plus tendu que le droit. Établissement d'un anus contre nature.

Nous pouvons citer une douzaine d'observations semblables[1], en particulier celle de Rémy et Bouvet. Comme on le voit, il s'agit là d'un *mode de début extrêmement rare*. Et dans la plupart des cas, il y a sans doute obstruction beaucoup plus qu'occlusion.

Quant aux raisons physiologiques ou pathologiques de ce début inaccoutumé, on ne peut guère que les pressentir. Dans le cas de Rémy et Bouvet on trouve sur la pièce (petit squirrhe de l'S iliaque), un fragment d'os formant clapet et qui était peut-être cause de la brusque occlusion. En plus de ce cas et en y comprenant le nôtre, ci-dessus mentionné, nous trouvons 7 cas de cancer de l'S iliaque, et 2 de la valvule.

Pour les cancers de la valvule, ce mode de début paraît assez naturel. Pour les autres, il est permis de supposer qu'il s'agissait de petits squirrhes[2] : ces néoplasmes peuvent sans doute rester un peu plus facilement et plus longtemps silencieux que les autres, grâce à la lenteur de leur évolution et à l'hypertrophie progressive de la tunique musculaire en amont de l'obstacle. Comme l'on dit, *la lésion est compensée*, jusqu'au jour où un écart de régime, comme dans le cas de Treves, vient détruire cet équilibre.

Ce n'est pas la dernière fois que nous verrons l'écart de régime entrer en jeu : il occasionne sans doute des phénomènes spasmodiques, dont on connaît l'importance dans la pathologie des rétrécissements.

3° Type gastro-intestinal.

C'est le plus commun, car les observations se comptent par centaines; mais ses variétés sont infinies.

1. Ruepp, 1895, XVIII, XX; Mauclaire et Macaigne, 1898; Senn, 1890, I; F. Treves, 1893; Horrocks, 1894; Hamilton, 1895; Benissovitch, 1898; Rémy et Bouvet, 1899; Routier, 1898. On peut y ajouter encore probablement : König, 1899, I; Israël, 1894.

2. C'était au moins le cas de Treves, de Rémy et Bouvet, et de notre malade.

a) La *douleur* est un signe de début à peu près constant. Sauf quelques rares exceptions, que nous aurons à signaler, tous les cancéreux commencent par ressentir de la douleur en un point quelconque de l'abdomen.

Mais le caractère général de cette douleur est d'ordinaire assez banal. Elle varie depuis la simple sensation de pesanteur jusqu'aux tiraillements, aux élancements ou aux coliques. Tantôt elle est diffuse, tantôt et plus souvent elle est à peu près localisée. Elle peut être le seul signe observé pendant longtemps (deux ans dans un cas de Ruepp)[1].

Dans quelques circonstances exceptionnelles, elle a une instantanéité d'apparition et une acuité extraordinaires : par exemple, à la suite d'un effort (R. Morrisson)[2] ou de l'acte de la défécation (Palleroni)[3]. Mais, plus souvent encore, surviennent, sans cause apparente, des douleurs « cinglant comme un coup de fouet »[4]; à un malade de K. Franks il semble qu' « un chat lui déchire le ventre[5] ». Dans le cas de Güssenbauer[6], il se produit une crise colliquative violente, avec irradiations et gonflement testiculaires, etc.

La localisation de ces douleurs vers la région lombaire, le foie, l'estomac, l'appendice, autorise comme bien l'on pense des diagnostics ou même des opérations erronés. Nous aurons l'occasion d'en reparler.

Les douleurs sont parfois le seul fait dont se plaignent les malades. Mais, le plus souvent, ils accusent en outre quelqu'un des symptômes suivants.

b) *Troubles dyspeptiques*. Les cancéreux de ce groupe ont des vomissements, survenant parfois en dehors de toute constipation[7], accompagnés de maux d'estomac[8], surtout après les repas[9]; ou simplement, un peu de pesanteur avec quelques douleurs gastriques[10], flatulences, renvois ou hoquets[11]. Deux malades de Bryant et Böckel avaient en outre de la diarrhée. Pour d'autres enfin, il est dit qu'ils

1. Ruepp, 1895, III.
2. R. Morrison, 1893; Cedercreutz, 1899.
3. Palleroni, 1897.
4. Lardennois, 1899, I.
5. K. Francks, 1899, I.
6. Güssenbauer, 1880.
7. Senn, 1890, II,
8. Anger, 1893; Rindfleisch, 1893, II.
9. Hahn, 1897, VI; Lejars, 1897; Lennander, III (inéd.).
10. Hochenegg, 1895, II; Boiffin, 1895; Graff, 1896, XVIII; H. Cripps, 1897; Heberlein, 1897; Terrier, 1887; Bacaloglu et Pagnez, 1899; André (Reboul) 1897.
11. Schiller, 1897, XXV; Bryant, 1891; Petroff, 1897, III; Böckel, 1898, III; Lennander, II (inéd.).

sont atteints de dypepsie [1], de catarrhe gastrique, qu'ils vont aux eaux pour leur estomac, etc. [2].

On pourrait s'attendre à rencontrer parmi ces cancers à type gastrique, une assez forte proportion de tumeurs du transverse; il n'y en a cependant que trois; tous les autres concernent le cæcum, le côlon ascendant ou la valvule. Si l'on se rappelle que ces derniers sont généralement de gros cancers, on comprendra la pathologie de ces troubles, dus sans doute aux tiraillements des plexus abdominaux.

c) Avec les douleurs, la constipation constitue le mode d'association et le signe de début le plus vulgaire du cancer de l'intestin : les selles sont douloureuses, pénibles, parfois déjà rubanées [3], et le malade ne les obtient qu'à grand renfort de purgations, de lavements, d'eaux ou de cures minérales laxatives.

Les *hémorrhoïdes*, signalées quelquefois [4], peuvent tenir aussi bien aux troubles circulatoires engendrés par le néoplasme, qu'à ceux produits par la constipation chronique. C'est d'ailleurs un symptôme rare.

La constipation s'accompagne nombre de fois, dès le début, de *crises obstructives légères*, avec arrêt des matières, nausées et vomissements. Mais, comme bientôt elles se répètent, elles font en quelque sorte partie du tableau de la maladie et nous en reparlerons plus tard.

d) La *diarrhée* est un mode de début assez fréquent dans le cancer du gros intestin. Nous pouvons commencer par citer le cas si curieux de Cruveilhier (la femme aux 617 noyaux de cerises), y ajouter une trentaine de cas, que nous retrouverons à la période d'état et une demi-douzaine d'autres [5], dont les symptômes se modifièrent ultérieurement. Nous reviendrons sur les caractères de ces diarrhées; bornons-nous à remarquer la coexistence fréquente de nausées, de renvois, de hoquets ou de vomissements [6], de coliques [7], de ténesme [8].

1. Adam, 1895, II (valv.); Cedercreutz, 1899.
2. Hochenegg, 1897, I; Graff, 1896, XIX; F. Lange, 1893; A. Bier, 1895, XII; Körte, 1895, VI; E. Michels (Bergmann), 1886; Iversen, 1889.
3. Berger, 1885; Le Dentu, 1887.
4. Güssenbauer, 1880; Abbe, 1889; Ruepp, 1895, XIX; de Bovis (inéd. III), Dans ce dernier cas, leur apparition fut cependant postérieure au début.
5. Sargnon, 1895; Schiller, 1896, XXVII; J. Borelius (inédite), IV; Postnikoff, 1898; Frantzke, 1898, II.
6. Schiller, 1896, XXVII, Hofmokl, 1885; A. Brenner, 1895, III; Böckel, 1898, III; L. Knaggs, 1898; Kendal Franks, 1889, I; Rindfleisch, 1893, I.
7. Sargnon, 1895; Salzer (Billroth), 1892, XXIII; Mac Ewen, 1898.
8. Lehmann, 1897, IX.

Ces diarrhées sont-elles souvent sanglantes dès le début? Nous ne saurions le dire : les observations étant généralement un peu concises. Tel fut cependant le cas de la malade de J. Borelius (obs. inéd. IV), qui offrait des *glaires ou mucosités et des stries sanguinolentes* dans ses selles. Chez le malade de Lange[1], il semble aussi que la diarrhée ait été sanguinolente dès les débuts. Quant au malade de Jacobs[2], s'il commença par de l'obstruction, sa crise se termina par une *débâcle purulente*.

e) Il ne nous reste plus qu'à signaler quelques formes rares de début : l'*hémorragie intestinale* grave et absolument primitive en est une. C'est chez un malade de Lowson[3] que nous la rencontrons; brusquement, il se fit une hémorragie d'une pinte de sang, sans aucun autre symptôme intestinal; cette hémorragie se répéta une seconde fois avec la même brusquerie et la même indépendance quelque temps après. Rappelons le cas déjà cité de Lange, où existait une diarrhée hémorragique tenace. Le melæna fut moins abondant et accompagné de mucosités dans le cas de Böckel[4].

Il est rare aussi que les observations mentionnent simplement l'*asthénie* et *l'amaigrissement* (Paul, Laubie et Carles[5]). Dans le cas de ces derniers, il s'y ajoutait des symptômes d'irritabilité nerveuse. Inutile de dire que cette dernière s'exagère chez les prédisposés ou hypochondriaques (J. Borelius, obs. inédite IV). Homans, chez une fillette de cinq ans (sarcome cæcal), note des douleurs et un *appétit féroce*, ce qui n'empêche pas l'amaigrissement.

Dans un cas de H. Gilford (1893, cancer de l'appendice), le premier signe fut une sorte de *parésie* ou *paralysie* du membre inférieur droit; dans un autre de Ruepp[6], de l'*œdème du membre inférieur* gauche (cancer de l'S iliaque). Ces deux signes sont naturellement attribuables à la compression des faisceaux vasculo-nerveux.

Un malade de Gross, dont le cancer engendrait des douleurs du côté du foie, eut en même temps un ictère. Il en fut à peu près de même chez un malade de Körte. Un malade d'Eiselsberg eut de l'ictère plus tard[7].

f) L'apparition de la *tumeur* semble enfin avoir été le premier signe constaté dans un petit nombre de cas[8]; mais le malade accusait par-

1. Lange, 1886, II.
2. Jacobs (Sacré), 1887.
3. Lowson, 1893.
4. Böckel, 1898, II.
5. Paul, 1895, III; Laubie et Carles, 1897.
6. Ruepp, 1895, VI.
7. Gross, 1892; Eiselsberg, 1897, VI; Körte, 1895, XIV.
8. Becker, 1894, XXXII; Graff, 1896, XVI; Rindfleisch, 1893, I; Kosinski, 1889, XIX; L. Michels (Rosenberger), 1890.

fois en même temps des douleurs ou de la gêne. Par contre, les troubles fonctionnels étaient absolument nuls dans les faits de Fenger et O. Bloch[1]. Dans une observation de König[2], la tumeur était intermittente : il s'agissait probablement du météorisme localisé de l'anse intestinale afférente.

II. Période d'état.

A. Symptômes fonctionnels.

La période d'état du cancer de l'intestin se chiffre par des mois et même des années. Il est donc difficile de donner une description à la fois concise et détaillée de cette maladie, qui change d'aspect avec la plus grande facilité pendant ce long espace de temps.

Cependant, avant de relever en détail certaines particularités cliniques de la maladie, nous allons esquisser rapidement les quelques types qu'on peut extraire par le groupement des observations. Inutile d'ajouter que chacun de ces types peut très bien, à un moment donné, se transformer en le suivant.

Ces groupements sont surtout fondés sur les signes fonctionnels, car les signes objectifs sont beaucoup moins variables.

Les types, que nous avons ainsi isolés, sont au nombre de sept. On les rencontre dans les proportions suivantes :

a) Les constipés	101	cas ou	37,2	p. 100
b) Les alternants	56	—	20,6	—
c) Les diarrhéiques	37	—	13,6	—
d) Les obstrués	33	—	12,1	—
e) Les douloureux	27	—	9,8	—
f) Les dyspeptiques	9	—	3,2	—
g) Les négatifs ou objectifs	8	—	2,9	—

Quelques-uns des qualificatifs précédents appellent une définition sommaire : les *alternants* sont ceux qui offrent des alternatives de diarrhée et de constipation ; les *obstrués*, ceux chez qui prédominent ou se répètent les crises d'obstruction ou d'occlusion intestinales; les *douloureux*, ceux chez qui le symptôme douleur a pris une importance et une intensité anormales; les *négatifs* ou *objectifs*, ceux qui n'offrent guère que des signes physiques.

a) Les *constipés* forment le groupe le plus important : ils représentent *un bon tiers des cas*. La constipation s'établit peu à peu, devient de plus en plus opiniâtre et oblige le malade à recourir constamment à tous les procédés laxatifs connus.

1. Fenger, 1888; O. Bloch, 1892, II.
2. König, 1899, II.

Le plus grand nombre de ces malades souffrent relativement peu. Dans quelques circonstances cependant, il est noté des crampes ou coliques vives [1], revenant tous les huit ou quinze jours, sous forme de crises [2], avec ténesme [3].

Ces crises douloureuses, dont nous reparlerons au groupe suivant, où elles sont plus typiques encore, sont des occlusions intestinales atténuées, et plusieurs de ces malades présentent en effet et simultanément une haleine fécaloïde [4], des nausées [5], des renvois [6], des vomissements [7] ou même une obstruction ou occlusion intestinale passagère [8] (vomissements fécaloïdes).

De cet état de rétention stercorale chronique résulte, en effet, une sorte de *dypepsie stercorale* bien décrite par König [9]; il y a de l'anorexie, les malades maigrissent, l'haleine est fétide, d'odeur fécaloïde; le sommeil après le travail de la journée, devient léger; le ventre est ballonné; un peu d'huile de ricin amène des débâcles invraisemblables, mais bientôt les mêmes symptômes reparaissent, symptômes qui sont dus à une véritable auto-intoxication.

b) Les *alternants* constituent le cinquième des cas observés. Leur maladie est formée d'une série de crises généralement douloureuses, durant de quelques heures à quelques jours, et pendant lesquelles ils sont la proie d'une obstruction plus ou moins grave, plus ou moins complète.

La crise s'établit généralement à la suite d'une constipation croissante : celle-ci engendre des coliques, du péristaltisme, du météorisme local, des vomissements, des douleurs, qui vont croissant et durent autant que le cours des gaz ou des matières ne se rétablit pas. C'est en somme, le tableau d'une obstruction intestinale. L'intensité, la gravité des symptômes, varie d'un cas à l'autre. Les douleurs peuvent être, par exemple, tellement intenses, que le malade est obligé de s'aliter [10] ou souffre à en perdre connaissance [11]. Dans un

1. Ullmann, 1895; Schiller, 1896, IV, VI; Penrose, 1888; Hochenegg, 1897, IV; Becker, 1894, XXIII; Ruepp, 1895, II, XI; Gangolphe, 1897, III; Legrand, 1889.
2. König, 1890, I; E. Staffel, 1889, VI; Rindfleisch (Czerny), 1893, IX; Sendler, 1894; Waldström, 1879; Staffel, 1889, IV.
3. Lehmann, 1897, XXXI.
4. Rindfleisch, 1893, VI.
5. Quintar, 1892, III.
6. Petroff, 1897, I.
7. Thomson, 1892, III.
8. König, 1899, I.
9. König, 1890, p. 909.
10. Lennander, inéd., obs. II.
11. Boiffin *, 1895, II. Les malades marqués d'un astérisque appartiennent au groupe des constipés.

cas de Delaunay[1] les coliques revêtaient le type appendiculaire.

Dans l'immense majorité des cas, il n'y a que de l'obstruction; de temps à autre le malade perçoit un *gargouillement sonore* au niveau d'un point déterminé de l'abdomen : c'est un gaz qui a trouvé sa voie à travers le rétrécissement, et dont l'échappée vaut au malade un soulagement immédiat plus ou moins marqué. De temps à autre, on peut obtenir aussi quelques selles à force de lavements. Mais le réflexe engendré par le besoin ou le désir du malade de vider son intestin ramène souvent des contractions intestinales plus violentes et partant une reprise de coliques ou de ténesme. Ces contractions douloureuses peuvent se répéter avec une durée de quelques minutes à quelques heures (Morton, 1895), dans le courant d'une même journée; elles sont parfois subintrantes et se succèdent tous les quarts d'heure et même toutes les dix minutes[3].

Les gaz ou la pression des matières finissent par avoir raison de l'obstacle; le contenu intestinal commence à filtrer; ce n'est là tout d'abord qu'une sorte de *défécation par regorgement*, puis bientôt s'établit une véritable *débâcle*, suivie d'une *diarrhée* plus ou moins prolongée.

Quelques jours, quelques semaines plus tard, la constipation reparaît, une nouvelle crise obstructive éclate et la maladie évolue ainsi au milieu d'alternatives de constipation et de diarrhée. Les écarts de régime, l'alimentation ou *certains* aliments[4] amènent souvent ces crises[5]. Une occlusion intestinale aiguë, véritable, vient parfois en rompre la douloureuse monotonie[6].

c) Les *diarrhéiques* sont un peu moins nombreux que les précédents : ils représentent *1/7 ou 1/8 des cas observés*. Ces malades peuvent bien avoir de temps à autre de la constipation, mais, ce qui domine, c'est une diarrhée plus ou moins continue. Elle était *hémorragique* dans le cas déjà cité de F. Lange[7]. Elle s'accompagne, elle aussi, de coliques, de ténesme[8], revenant sous forme de crises, comme dans les groupes précédents.

1. Delaunay, 1899, in Lardennois*, obs. XXXVIII.
2. Lardennois et Aguinet, 1899, I; Ruepp**, 1895, VII. Les doubles astérisques indiquent des malades du groupe des diarrhéiques.
3. Staffel, 1889, V*; Ruepp*, 1895, II.
4. Le chou a ici, comme partout, une mauvaise Presse (O. Bloch, 1894; Kummer, 1898).
5. Terrier, 1887; O. Bloch, 1892, I.
6. Citons, comme exemples assez typiques de ces crises, les observations de Plettner, 1894; de Barton, 1893; de Lennander (inéd., II); de Cedercreutz. Ces deux dernières figurent in extenso à la fin de ce mémoire.
7. Salzer, 1892, XXIII; Mac Ewen, 1898.
8. Ruepp, 1895, VI; Lehmann, 1897, XXVI.

Mais, ce qui est digne de remarque, c'est que souvent elles s'accompagnent de renvois, de vomissements ou de nausées [1], ce qui semble indiquer, en pareil cas, une sorte de *défécation par regorgement*; bien qu'il n'y ait pas de constipation, on doit admettre que les évacuations sont insuffisantes, d'où l'antipéristaltisme intestinal et stomacal.

On les a vu parfois s'établir à la suite d'une attaque de grippe ou d'une purge, ou bien être aggravées par cette dernière. Mais ce qui est vraiment extraordinaire, c'est la violence, la durée et la ténacité de quelques-unes d'entre elles[2]. Chez certains[4] elles deviennent vraiment incoercibles : les malades d'af Schultén et A. Brenner (obs. III) les conservèrent jusqu'au bout; c'est dire que leur durée se chiffre par des périodes d'un an, un an et demi (von Eiselsberg), et deux ans (Lange). Par contre, une malade de Reverdin (1893) avait des selles diarrhéiques, mais n'en présentait qu'une par jour.

Le meilleur exemple du groupe est certainement l'observation d'af Schultén (de Helsingfors), que nous donnons en appendice.

Ces diarrhées tenaces avec des ventres souples, non ballonnés, et qui, par conséquent, ne peuvent être considérées comme des diarrhées de regorgement, sont vraisemblablement attribuables à une *entérite*, qui vient se greffer sur l'intestin, grâce peut-être à la coprostase antérieure.

Dans quelques cas on a observé une véritable *lienterie*[5].

d) Sur la dénomination peu pittoresque d'*obstrués*, nous comprenons les malades ayant des crises graves d'obstruction ou d'occlusion intestinale au cours de leur maladie. Leur nombre est encore assez considérable, puisqu'ils représentent près du dixième des cas observés.

En dehors des périodes d'obstruction ou d'occlusion, ces malades ressemblent aux précédents : ils peuvent avoir des douleurs, des constipations, des diarrhées, du melæna, etc. Des crises de constipation avec crampes, coliques, borborygmes, ou vomissements peuvent se succéder de la même façon que celles déjà décrites. Mais

1. Hofmokl, 1885; A. Brenner, III, 1895; Böckel, 1898, III; L. Knaggs, 1898; Mac Ewen, 1898; K. Franks, 1889, I; Rindfleisch, 1893, I.
2. Rindfleisch, 1893, obs. VIII, V, IV; Staffel, 1889.
3. K. Franks, 1889, II; af Schultén, 1890; A. Brenner, 1895, III; F. Lange, 1886; Lehmann, 1897, IX; von Eiselsberg, 1897, IV.
4. Lehmann, IX; Bryant, 1891; Hauer, 1884 (Billroth), appendice; Ruepp, 1895, VI.
5. Brenner, 1895, V; Ruepp, 1895, IV; van der Hœven, 1899.

une, deux[1], trois[2], quatre[3], ou plus[4] de ces crises prennent une intensité extraordinaire, menaçante, et le malade n'en réchappe qu'avec peine. Elles se suivent souvent à intervalles rapprochés : un mois, quinze jours[5].

Ces obstructions graves ou occlusions ne se manifestent généralement pas du premier coup : cependant, elles apparurent d'emblée ou presque d'emblée dans les cas de Ruepp (obs. XX), de Göpper (obs. IV) et de Berger (1885).

e) Les *douloureux* forment une classe importante, mais d'une homogénéité médiocre. Nous avons rejeté en effet, dans ce groupe deux catégories de malades.

La première est formée par ceux qui n'offrent, quant au reste, que des signes vagues ou négatifs. Tels les malades de Salzer, Quintar, Thiersch[6] : les selles étaient normales. D'autres n'ont pendant longtemps que des crampes stomacales ou intestinales[7] d'intensité variable (par exemple après l'ingestion de certains légumes ou au moment des garde-robes)[8], un peu de ténesme[9], ou même quelques vomissements. Un malade de Péan (1891) ne souffrait qu'à l'occasion des mouvements du membre inférieur, ce qui était dû sans aucun doute aux tiraillements des nerfs sous-jacents au néoplasme (cæcum).

Dans une deuxième catégorie nous trouvons, au contraire, des malades chez lesquels le symptôme douleur revêt une acuité extraordinaire, bien qu'en l'absence des phénomènes d'occlusion ou d'obstruction aiguë : dans le cas de Matlakowski (1892, II), les souffrances sont caractérisées de « terribles » ; dans celui de König (1890, III), elles sont dites « épouvantables » et s'accompagnent de ténesme. Le tableau est le même dans l'observation de Palleroni (1897) : « La tumeur et les douleurs augmentent ; à certaines heures de la journée, la douleur devenait aiguë au point de faire pleurer la malade et de la forcer à rester à plat ventre sur le lit ». Et pourtant l'auteur ajoute que les fonctions intestinales continuent à s'accomplir, bien qu'elles réveillent de la douleur.

1. Ruepp, 1895, XVII ; O. Bloch, 1894 ; M. Robson, 1895, II.
2. F. Treves, 1893.
3. Angelesco, 1894.
4. Haasler, 1893.
5. Ruepp, 1895, XVII, XX ; O. Bloch, 1892, III ; Angelesco, 1897 ; F. Treves, 1893 ; Haasler, 1893.
6. Salzer (Billroth), 1892, XIX ; Quintar, 1892, I ; Beger (Thiersch), 1882.
7. Jacobs, 1887 ; Kocher, 1890 ; Gross, 1892 ; Thiéry, 1891 ; von Eiselsberg, 1897, V ; Guinard, 1897 ; Carlson, 1899, II.
8. Kummer, 1890 ; Carlson, 1899, II.
9. König, 1890, IV.

Le malade de Kummer[1] est « cloué au lit » par des douleurs analogues et d'intensité croissante. Un autre, de Heberlein, dont le cancer, il est vrai, était en train d'envahir le foie, accuse des douleurs insupportables. Chez un malade de Monprofit (Tellier)[2], les souffrances ne peuvent plus être calmées en aucune façon; la morphine elle-même devient impuissante (Tchouproff, Petroff)[3], ce qui n'empêche pas la morphinomanie[4].

Ces douleurs violentes reconnaissent pour cause soit une sensibilité spéciale du cancer, soit la contraction violente de la musculeuse intestinale. L'influence de cette dernière est démontrée par ce fait, que ténesme, crampes ou coliques sont réveillés par les garde-robes (Palleroni) ou la constipation (Tchouproff).

Nous mentionnons pour mémoire les douleurs des reins, du foie, de la région appendiculaire ou annexielle, et en ayant imposé de ce chef pour des affections rien moins qu'intestinales. Nous aurons l'occasion d'en reparler au diagnostic.

f) Dans un avant-dernier groupe se rencontrent les *dyspeptiques*, que leur dyspepsie ait une forme gastrique, intestinale, ou les deux[5].

Nous ne reviendrons pas sur les formes multiples de ces dyspepsies, lesquelles peuvent d'ailleurs, comme dans tous les autres groupes, s'accompagner de signes plus spécifiques. Mais ces signes, généralement tardifs, font que le malade est longtemps considéré comme un catarrhal quelconque et non comme un cancéreux.

g) Enfin, les *objectifs ou négatifs* renferment, si l'on veut, les malades les plus positifs, puisque la *tumeur* semble avoir été le seul signe sérieux observé. Mais le nombre de ces malades est bien restreint[6].

Ces malades ont donc des selles régulières, parfois une diarrhée passagère (Brenner, V); l'état général, par contre, peut se ressentir d'une manière anormale (amaigrissement, nervosité) de la présence d'une tumeur encore petite (Laubie et Carles). Remarquons au passage le cas étrange de Küster (1887); malgré l'étendue de la tumeur,

1. Kummer, 1898.
2. Tellier, 1899.
3. Petroff, 1897, II; Tchouproff, 1893.
4. Staffel, 1889, V; F. Dumont, 1893; Böckel, 1898, II; Tchouproff, 1893; Ruepp, 1895, XII; Gross, 1892; Rindfleisch, 1893, III.
5. Senn, 1890, I; Chaput et Terrillon, 1891; Schiller, 1896, XXV; Bier, 1895, XII; Graff, 1896, XVIII, XIX; Hahn, 1897, VI; W. Edmunds, 1893; E. Michels (Bergmann), 1886.
6. Fenger, 1888; O. Bloch, 1892, II; Brenner, 1895, V; Graff, 1896, XV, XVI; Küster, 1887; Laubie et Carles, 1898; J. Borelius, 1898, XI.

puisqu'il fallut réséquer le côlon transverse et une partie de l'estomac, le malade ne présentait aucun trouble fonctionnel; mais ces malades, pour être surtout des objectifs, n'en ont pas moins quelquefois des douleurs intermittentes (O. Bloch, 1892, II).

ANALYSE DE QUELQUES SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Du coup d'œil d'ensemble jeté sur la séméiologie du cancer du gros intestin, il résulte que cette affection se caractérise au point de vue fonctionnel :

a) Par des douleurs;

b) Par des troubles digestifs divers : vomissement, diarrhée, constipation et obstruction, etc.;

c) Par des altérations de forme ou de contenance des matières intestinales.

Tous ces signes s'agencent de façon fort différente. Certains d'entre eux ayant des relations assez intimes avec le cancer de l'intestin, il est bon d'être fixé sur leur fréquence ou leur valeur.

1° *La douleur.*

La douleur *spontanée* a des caractères et des localisations très variables.

A l'*état de repos* ou d'obstruction légère — nous reviendrons sur les obstructions ou occlusions aiguës, — la *sensibilité* accusée par le malade est *généralement en rapport avec le siège du néoplasme.* Mais il y a en même temps et souvent des irradiations douloureuses du côté des reins, du testicule, de la cuisse; ces irradiations sont classiques avec les néoplasmes de la fosse iliaque.

Localisations douloureuses paradoxales. — Mais il arrive parfois que la douleur ne répond pas au siège du néoplasme. Dans un cas de Le Dentu (1887), elle occupait par exemple les deux fosses iliaques. Dans une de nos observations et une autre de Schiller [1], il y a des douleurs cæcales, alors que la tumeur siège à l'S iliaque; dans celle de Briddon [2], elle simule l'appendicite, et le cancer est à l'angle hépatique du côlon. Localisations à peu près analogues, mais moins typiques, dans le cas de Sidney Jones [3]. Dans ceux de W. Edmunds, Rindfleisch, Heberlein, Rafin [4], nous trouvons la douleur localisée au creux épigastrique ou à l'ombilic : dans les deux premiers cas et le dernier, il s'agit d'un cancer du cæcum et, dans le troisième, d'un

1. Schiller, 1896, III; de Bovis, obs. II (1899, inédite).
2. Briddon, 1897.
3. Sidney Jones, 1885.
4. W. Edmunds, 1893, I; Rindfleisch, 1893, II; Heberlein, 1897; Rafin, 1897.

cancer du côlon ascendant. Nous avons déjà cité le cas de W. Cheyne[1], mais il mérite encore sa place ici : la malade avait une tumeur du transverse; et pourtant elle commença par souffrir du côté du vagin, à tel point même qu'elle se soumit à une opération vaginale, d'ailleurs inconnue.

Certaines de ces localisations paradoxales peuvent s'expliquer : chez le malade de Le Dentu, celui de Schiller, et un des nôtres, par exemple, la tumeur occupait l'S iliaque, et pourtant les douleurs existaient soit des deux côtés, soit du côté opposé, vers le cæcum. La raison en est simple : le cæcum, dans les vieilles obstructions, se dilate, comme le prouvent les ulcérations « diastatiques ». Il est donc assez naturel qu'il manifeste par une réaction particulière sa sensibilité à la distension. Le palper et la percussion, comme nous le verrons, révèlent aussi parfois cette distension du cæcum.

Après les localisations paradoxales, il nous faut dire un mot des *localisations anormales* ou rares, soit de la douleur, soit de ses irradiations.

Nous ne parlerons pas des douleurs lombaires, bien qu'elles soient cause de nombreuses erreurs en faisant songer au rein. Ces douleurs sont en effet fort naturelles, avec des néoplasmes du côlon ascendant, descendant en des angles du transverse; de même les douleurs de la région hépatique.

Schiller, Brenner, Körte, Carlson[2] ont rencontré des douleurs sacrées; chez le malade de Brenner, il y avait en plus quelques douleurs du côté de la hanche et du testicule. Le malade de Maydl[3] présentait de la coccygodynie. Il est difficile d'arguer d'une prédisposition particulière, réalisée par le siège du néoplasme, car il s'agissait respectivement, dans ces quatre cas, du côlon descendant, ascendant, du cæcum et encore une fois de l'ascendant.

Nous rappellerons enfin la gêne ou les douleurs que peuvent provoquer du côté des membres inférieurs (Péan, Gilford), ou du côté des mouvements du tronc, obligé à se mouvoir tout d'une pièce (Matlakowski)[4], les néoplasmes cæcaux ayant comprimé ou altéré les nerfs cruraux.

Nous étudierons la *douleur provoquée* (au palper) avec les signes objectifs.

Le *ténesme* est un mot ou une chose que l'on rencontre quelque-

1. W. Cheyne, 1895.
2. Schiller, 1896, IIII; Brenner, 1895, III; Wolff (Körte), 1893; Carlson, 1899, II.
3. Maydl, 1883.
4. Péan, 1891; Gilford, 1893; Matlakowsky, 1892, II.

fois dans les observations de cancer de l'intestin[1]. Si nous en exceptons le cas de Gross, concernant un cancer du côlon transverse et descendant, de König (IV, côlon descendant), de Lennander, tous les autres se rapportent à des cancers de l'S iliaque ou à des invaginations.

2° *Les selles.* — Nous nous sommes assez longuement étendu sur le fonctionnement du tube digestif pour n'y plus revenir ici; d'une manière générale, le cancéreux présente tôt ou tard des irrégularités alvines. Les exceptions, c'est-à-dire les malades ayant pendant très longtemps des selles régulières, constituent une infime minorité[2]; mais, comme nous l'avons déjà vu par ailleurs, plusieurs de ces malades ont eu cependant quelques signes intestinaux capables d'éveiller l'attention : tels, par exemple, le malade de Kocher, qui, après chacun de ses repas avait des coliques avec gargouillements, ou la malade de Reverdin, dont les selles étaient diarrhéiques, quoique régulières.

Il ne nous reste donc qu'à parler de la forme et de la contenance des selles, pus, sang et mucosités.

La *forme* des selles est probablement rarement modifiée, à en juger par le petit nombre d'observations qui en fassent mention. Dans celles de Ruepp et de Binaud et Legros, elles étaient simplement diminuées de volume; filiformes dans celle d'O. Bloch; rubanées dans celles de P. Berger, Le Dentu, G. Luys, Lardennois, Borelius, de Bovis[3]. *Dans tous ces cas*, sauf celui de Lardennois (transverse), *il s'agissait de tumeurs de l'S iliaque.* En tout cas, la date d'apparition de l'effilement des matières varie beaucoup et cela se comprend; dans le cas de Berger, elles étaient effilées depuis deux ans; dans le nôtre et celui de Binaud et Legros, elles ne l'étaient que depuis peu et l'autopsie du dernier cas montra pourtant un cancer avancé.

1. Gross, 1892; König, 1890, III, IV, V, VI (invagination dans le rectum); Ruepp, 1895, VI; Lehmann, 1897, XXVI, XXXI; Lardennois et Aguinet, 1899, I; Borelius (inédite), 1899, III; Güssenbauer, 1880; Carlson, 1899, I (entre l'S iliaque et le côlon desc.); Chaput, 1894; Barton, 1893 (valvule; il y a de l'invagination); Lennander (inéd.), 1900, II (côlon ascendant). Il faut ajouter aux cas précédents tous ceux qu'on retrouvera aux *Entérectomies par voies naturelles*, c'est-à-dire, les cas de cancers de l'S iliaque invaginés dans le rectum.

2. Küster, 1887; Brenner, 1895, V; Graff, 1896, XV; Salzer, 1892, XIX; J. Quintar, 1892. I; Beger (Thiersch), 1882; Gilford, 1893; O. Bloch, 1892, II; Kocher, 1890; Laubie et Carles, 1899; A. Reverdin, 1893; Iversen, 1889; Doyen, 1892; W. Edmunds, 1893 (constipation rare).

3. Ruepp, 1895, XI; Binaud et Legros, 1897; O. Bloch, 1892, I; P. Berger, 1885; Le Dentu, 1887; G. Luys, 1899; Lardennois, 1899, I; Borelius, IV (inédite); de Bovis, III (inéd.).

Les *mucosités*, les *fragments cancéreux* et le *pus* passent probablement assez facilement inaperçus, car on ne les mentionne que rarement. Un malade de König dit avoir observé du pus dans ses selles depuis deux ans; une autre, de Bloch, en avait souvent vu depuis un an ou deux. Il y avait mélange de pus et de sang dans un autre cas de König[1]. Quant aux mucosités, glaires ou lambeaux épithéliaux, on ne les trouve à l'état isolé que dans les observations de Lennander, Paul et Lejars[2]. Mais, on les trouve mélangées au sang dans les cas de Lardennois, Borelius. Becker, Graff, Bœckel[3]. Une malade de Carlson (1899, I) expulsait comme de la « gelée de framboise » après chacune de ses crises douloureuses.

La présence du *sang* dans les selles, qui, d'après König[4], serait en rapport avec l'ingestion d'aliments durs, est un signe plus commun, mais encore asssez rare. Nous l'avons trouvé signalé 58 fois sur 271 observations, dont les particularités sont rapportées avec quelques détails. Le melæna se rencontre donc *une fois sur quatre ou cinq*, et ce calcul concorde assez bien avec le relevé particulier de Körte[5] (deux fois sur dix cas).

Quant à sa *date d'apparition*, elle semble bien variable. Tantôt, c'est un signe de début (on n'a pas oublié le cas de Lowson), ou simplement précoce[6]; tantôt, c'est un signe tardif (Ruepp 1895, IX, XII, XIX; Chaput et Terrillon, 1891; Lardennois, III, 1899). On ne peut donc fixer de date à son apparition.

L'*abondance* est aussi variable. Si le malade de Lowson en perd une pinte, si l'hémorragie est caractérisée d'abondante, pour celui de Belin, de Hauer, de grave, pour celui de Storchi[7], le reste du temps il ne s'agit guère que d'une perte peu abondante, mélangée ou non aux matières.

Celles-ci offrent ainsi tantôt l'*aspect* du marc de café[8], tantôt de petites stries ou taches sanguinolentes[9].

Mêmes variations au point de vue de la *répétition* : chez quelques-uns, le melæna apparaît une fois (Frantzke, III, 1898; Ruepp, XII, XIX;

1. König, 1890, III; O. Bloch, 1892, I; König, 1890, I.
2. Paul, 1891, II; Lejars, 1897; Lennander, 1900, II (inédite).
3. Lardennois, 1899, I; Borelius, IV (inédite); Becker, 1894, XXVIII; Graff, 1896, XIX; Bœckel, 1898, II.
4. König, 1890, p. 913.
5. Körte, 1895, p. 528.
6. König, 1890, III; Graff, 1896, XIX; Lardennois, 1899, I; Borelius, 1899, IV (inédite).
7. Lowson, 1893; Belin, 1897; Hauer, 1884, II; Storchi, II, 1897.
8. Göpper, VIII; von Eiselsberg, 1896, III; Plettner, 1894.
9. Von Eiselsberg, 1897, VII; Lardennois, III; Borelius, IV; Vautrin, 1897, I; Hochenegg, 1895, I.

Chaput et Terrillon); chez d'autres, il se répète deux fois, trois fois ou davantage (Bloch, 1892, I; v. Eiselsberg, 1896, III; Borelius, inéd., IV; Vautrin, 1897, I). Chez un malade de Quintar (1892, II), le melæna dura 14 jours de suite et, chez celui de Lange (1886, II), il persista sous forme de diarrhée sanguinolente.

Le *siège* du néoplasme n'a que peu d'importance; la supériorité des cancers de l'S iliaque tient uniquement aux invaginations, qui, dans presque toutes les observations détaillées, se sont accompagnées de melæna :

Valvule	5
Cæcum	15
Ascendant	6
Angle hépatique	3
Transverse	3
Angle splénique	2
Descendant	1
S iliaque	23[1]
	58

3° *Les vomissements*, en dehors des périodes d'occlusion (dont nous parlerons plus loin), n'offrent rien de bien particulier. Ce sont des vomissements alimentaires ou bilieux : ils sont favorisés d'ailleurs par l'absorption des aliments, ce qui conduit les malades à une alimentation extrêmement légère et fort peu reconstituante. Dans quelques cas exceptionnels, ces vomissements étaient noirs, marc de café ou sanguinolents[2]. Chez le malade de Terrier, alcoolique, on pouvait penser et on pensa à une gastrite; chez les deux autres, l'alcoolisme n'était peut-être pas en cause (femmes); en tout cas il n'en est pas fait mention. Il n'y avait pas non plus de crises d'obstruction permettant de penser à une régurgitation de produits intestinaux. Peut-être ne s'agit-il que d'une simple coïncidence.

4° *Les borborygmes*. — C'est König, qui, en 1890, a tout particulièrement insisté sur ce signe. Tous les auteurs y insistent depuis. Quand il existe un rétrécissement serré, dit König, l'intestin s'hypertrophie en amont, et les contractions donnent lieu à des coliques. Quand elles sont efficientes et qu'elles triomphent de l'obstacle, les gaz, en le franchissant, produisent ces bruits « kollernde, blasende und gurrende » (glougloutants, ronflants et gargouillants) si caractéristiques. En même temps, le météorisme localisé s'affaisse ou s'atténue et le malade se sent soulagé. Mais les borborygmes n'ont rien de spécial au cancer de l'intestin : tout ce qu'on peut dire, c'est

1. Dont 6 avec invagination de l'S iliaque dans le rectum.
2. Chevalier, 1887; Terrier, 1887; Quintar, 1892, I.

qu'ils se rencontrent avec une très grande fréquence, soit à l'état de repos apparent (régularité relative des selles), soit pendant les périodes de crises douloureuses d'obstruction ou d'occlusion. Son existence indique seulement qu'il y a rétrécissement, et voilà pourquoi on le rencontre surtout dans les périodes de constipation, de crises et d'occlusion.

B. Symptomes objectifs.

1° *Vue.* — La tumeur intestinale est rarement volumineuse. Et, comme le ventre est souvent météorisé, il est rare qu'elle soit visible dès l'abord du malade, grâce à une tuméfaction localisée du ventre [1] ; il faut qu'elle atteigne pour cela les dimensions d'un gros poing ou d'une tête d'enfant et qu'elle soit superficielle (cæcum et ascendant, surtout).

Le ventre est donc le plus souvent ballonné, car il y a presque toujours un certain degré de rétention stercorale. Les ventres plats ou souples sont de véritables exceptions, même chez les diarrhéiques, dont les évacuations n'ont souvent lieu que par regorgement.

Dans un cas (Ruepp, 1895, VI), il est noté que la paroi abdominale était œdématiée et les veines sous-cutanées très développées; mais la malade était au dernier terme de l'évolution de son néoplasme.

A la vue, on peut constater encore le *péristaltisme* et le *météorisme localisés*. Ces deux signes se retrouvent surtout chez les malades en état d'obstruction ou d'occlusion. Mais on les rencontre aussi dans des états d'obstruction légère et ils constituent, avec les douleurs, le gonflement du ventre, les nausées ou même les vomissements, un des traits les plus caractéristiques de ces crises douloureuses, décrites avec les symptômes fonctionnels. Mais le péristaltisme peut se montrer pour ainsi dire isolé : dans une observation de Graff (1896, XVI), il ne semble pas que les désordres fonctionnels fussent bien graves, puisque le malade avait le ventre souple et n'avait jamais vomi; il y avait cependant du péristaltisme. On pourrait citer encore quelques cas fort analogues [2].

2° *Palper.* — La découverte des néoplasmes intestinaux n'est pas toujours aisée. Le ballonnement, et quelquefois leur faible volume ou

1. Matlakowsky, 1892, I; Quintar, 1892, III; R. Frank, 1893, p. 1006; F. Treves, 1883; Lardennois, 1899, II, Hochenegg, 1895, I; Waldström, 1879; Postnikovf, 1896.

2. Palleroni, 1897; Julliard, 1897, II; Hauer, 1884, p. 101; Salzer, 1892, XXIII; Rose, 1895; Mac Ewen, 1898; van der Hœven, 1899.

leur siège (dernière moitié de l'S iliaque), ne permettent pas toujours de les retrouver à un premier examen[1] ou sous le chloroforme, (Darling); le plus qu'on puisse sentir est alors de l'empâtement (Carlson)[2], dû sans doute à la dilatation de l'anse afférente. Dans un cas d'Israël[3] on ne sentait encore rien, même après la colotomie, et la tumeur ne fut découverte, que parce qu'elle vint s'invaginer d'elle-même dans l'orifice de l'anus artificiel.

Le palper est alors un bon guide, car il réveille généralement une certaine *douleur*, en un point déterminé du ventre. Mais, cette douleur est assez souvent obtuse, rarement aiguë[4]; quelques malades n'accusent même à la pression aucune sensation pénible[5]. Cependant, chez un malade de Storchi (1897, II), la douleur s'éveillait au moindre contact. Une malade de Jacobs (1887), chez laquelle le toucher vaginal permettait d'arriver sur une tumeur de l'S iliaque, éprouvait une douleur très vive, quand on repoussait la tumeur en haut. Le toucher vaginal, négatif dans l'obs. inéd. III de Lennander, était très douloureux, mais c'était le fait, sans doute, de la péritonite par perforation existante.

Dès que le cancer a acquis une certaine ancienneté ou un certain volume, il est assez facile à retrouver grâce à sa *consistance* : elle est généralement dure, ferme, mais un peu inégale. Il est exceptionel de la trouver pâteuse (« doughy », Thomson), ou cartilagineuse (Haasler)[6].

La *surface* est presque constamment bosselée, verruqueuse ou tout au moins inégale, très rarement unie[7]. Pour peu que la forme s'y prête, elle peut en imposer pour un rein (Hahn, 1887, Kümmer, 1898). Mais, dans la grande majorité des observations, on se borne, et pour cause, à indiquer simplement la présence d'une tumeur : c'est qu'il est très difficile, pour celles qui sont profondes ou petites (S iliaque surtout), d'apprécier leur caractère. Même pour celles qui sont plus volumineuses, on voit souvent le clinicien ne pouvoir suivre ou limiter leurs différents bords[8].

Quant à la *forme*, elle échappe un peu à la description. On peut

1. Borelius, 1899, V (inédite); Hahn, 1897, V; Darling, 1898.
2. Carlson, 1899, II.
3. Israël, 1894... De même dans notre obs. pers. III.
4. Schiller, 1896, VI, XXVII; Péan, 1891; Sendler, 1894; Guinard, 1897; K. Franks, 1889, I.
5. K. Franks, 1889, I, II; Senn, 1890, I; L. Knaggs, 1898; Becker, 1894, XXXII; Cedercreutz, 1899.
6. Thomson, 1892, I; Haasler, 1893.
7. Lardennois, 1899, I; Graff, 1896, XIX; K. Franks, 1889, I.
8. Lardennois, 1899, II, III; Horteloup, 1887; Lennander (inéd., II); Borelius (inéd., IV).

dire que les observations se partagent à peu près en deux groupes : dans l'un, la masse morbide est plus ou moins arrondie, dans l'autre, elle est allongée, reproduisant vaguement la forme et la direction de l'intestin envahi. Mais, au niveau du cæcum, par exemple, le cylindre sera tantôt oblique (Salzer, 1892, IV), tantôt vertical (Julliard, 1897, II), tantôt transversal (Rindfleisch, 1893, II). Il ne faut donc pas faire trop de fond sur ces directions axiales, que les ectopies pathologiques du néoplasme[1] et de l'intestin peuvent rendre tout à fait trompeuses.

Nous ne reviendrons pas sur le *volume* des cancers intestinaux. C'est en moyenne celui d'une pomme ou du poing. Le plus petit volume perceptible semble avoir été celui d'une prune (Graff, 1896, XIX) ou d'une noix (Staffel, 1889, V; O. Bloch, 1892, I). Les plus gros ont le volume d'une tête d'enfant ou d'adulte[2]. Mais, il faut se rappeler qu'à l'abdomen on se trompe facilement sur les dimensions réelles d'une tumeur; cette erreur se commet tantôt en plus, tantôt en moins[3]. Ainsi Staffel croit trouver au palper une masse grosse comme une tête d'enfant; et l'examen anatomique révèle qu'elle n'a plus que le volume du poing; le rapport est inverse dans un fait de Schiller. Le contraste le plus frappant est observé dans le cas de Benissovitch : l'auteur sent une masse grosse comme un poing d'enfant, mais en endormant le malade, et ensuite, pièces en mains, il trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant. *Il faut donc le chloroforme*, si l'on veut *apprécier* avec une certaine exactitude *le volume* d'un cancer du gros intestin.

Une autre cause d'erreur ressort de notre étude anatomo-pathologique : l'hypertrophie, la dilatation de l'intestin en amont, les adhérences des anses entre elles, la stase des matières, arrivent à former des masses de beaucoup supérieures au volume réel du néoplasme. La consistance permet cependant d'éliminer en partie ces facteurs surajoutés de grossissement.

A propos du *volume apparent* de la tumeur, il est bon d'être prévenu que ce volume est sujet à *changement ou à déplacement*. Dans une observation de Lardennois (obs. I), de Homans (1896), par exemple, on trouve une tumeur de la fosse iliaque, et quelques jours plus tard on la trouve à l'ombilic. Matlakowsky (1892, II) dit qu'une tumeur cæcale vint à disparaître, pour reparaître ensuite; König (1899, II) cite également une tumeur intermit-

1. Voyez *Anat. Path.*
2. Voir *Anat. Path.*
3. Staffel, 1889, VI; Schiller, 1896, IV, VII; v. Eiselsberg, 1896 III; Rindfleisch, 1893, IV; R. Frank, 1892, III; Benissovitch, 1898.

tente, etc.[1] Enfin Sidney Jones (1885) dit que le néoplasme augmentait à la suite des fatigues ou des repas copieux, Bryant (1891); Tokarenko (1898), qu'elle en faisait autant par la constipation; Paul (1891, II), que le palper la diminuait en partie; Carlson (1899, I), qu'elle disparaissait après les lavements. Toutes ces particularités, dont nous ne citons que les plus saillantes, sont faciles à expliquer : le météorisme localisé et l'hypertrophie musculeuse, en amont du rétrécissement, sont les principaux facteurs de la découverte des néoplasmes jeunes, c'est-à-dire petits. Rien d'étonnant alors qu'ils semblent disparaître le jour où une circulation alvine mieux réglée assure le dégonflement de l'anse afférente. Dans le cas de Lardennois, par exemple, il y avait une tumeur de la fosse iliaque droite, c'est-à-dire au niveau du cæcum; elle était due sans doute à la stase stercorale, et celle-ci disparaissant sous l'influence du traitement préopératoire, on n'en trouvait plus trace le jour de l'opération.

Une observation de Czerny[2] montre jusqu'à quel point, même la main dans le ventre, on peut être le jouet soit des matières intestinales, soit des spasmes de la paroi :

Czerny, faisant une laparotomie pour fermer un anus contre nature, rencontra une *tumeur sur le côlon transverse*. Le malade ayant succombé 15 mois plus tard, on trouva un *cancer de l'S iliaque*. Ce qu'on avait pris pour un cancer, c'était l'intestin contracté sur quelques scybales.

La *mobilité* est un signe que nous dirions constant, s'il ne fallait toujours tabler en clinique avec le possible ou même l'impossible. Nous parlons, bien entendu, du cancer dans ce qu'on pourrait appeler la première moitié de son existence; car dès qu'il commence à vieillir, sa mobilité se perd; nous le répéterons en parlant de l'évolution.

Mais que faut-il entendre par « première moitié de l'existence d'un cancer »? Il y a là une grosse difficulté, car il est d'abord des cancers qui vieillissent vite; et ensuite, un cancer de l'intestin n'a pour ainsi dire pas d'âge, puisqu'on peut à peine lui assigner une date de naissance.

Voici un tableau qui note le degré de mobilité du néoplasme, au moment où les malades se présentèrent à l'examen du chirurgien, et qui donne en même temps l'âge « apparent » de leur cancer, c'est-à-dire le temps écoulé depuis l'apparition des troubles fonctionnels ou objectifs (en mois).

1. Obalinsky, 1889, LI (malade en état d'iléus); O. Bloch, 1892, III (*idem*).
2. In Schiller, 1896, XVII.

	NOMBRE.	ANCIENNETÉ.
Néoplasmes très mobiles	15	11,4
— mobiles	43	12,8
— fixes ou à peine mobiles	48	13,8

Or, il faut avouer, que l'écart entre ces chiffres est absolument insignifiant et qu'ils ne servent qu'à démontrer, qu'un cancer, au point de vue de la fixité ou des adhérences, n'a pas d'âge. Citons en particulier Lejars, Bœckel, Pellier, qui trouvent des tumeurs très mobiles remontant à vingt-quatre ou trente-six mois.[1]

Au point de vue du siège on trouve[2] :

SIÈGE	TRÈS MOBILES	MOBILES	FIXES OU PEU MOBILES
Région cæcale	8	23	26
Côlon ascendant	2	8	10
— transverse	5	10	11
— descendant	1	4	2
S iliaque	1	6	8

Une chose frappe tout d'abord dans ce tableau, c'est le petit nombre des cancers de l'S iliaque : ce qui veut tout simplement dire que leur mobilité n'est pas notée, parce qu'on n'arrive pas à les atteindre dans la majorité des cas, grâce à leur profondeur et à leur petit volume. Cependant, quand ils sont facilement abordables (première partie ou côlon iliaque), ils semblent garder une certaine mobilité. Par contre, les tumeurs des segments intermédiaires du côlon sont celles qui semblent jouir de la plus grande mobilité. Enfin, les néoplasmes du cæcum présentent, avec une fréquence à peu près égale, la mobilité ou la fixité relatives.

Mais n'oublions pas que nous sommes sur le terrain clinique. Or, la mobilité observée, bien que réelle en thèse générale, ne permet en aucune façon de conclure à l'absence d'adhérences ou à la jeunesse du néoplasme. Dans un cas de Polk (1888), par exemple, la tumeur est dite très mobile, et pourtant le mésentère était infiltré et cancéreux; dans un autre de König (1890, VIII, de Staffel (1889, V), elle n'est que mobile, mais on la trouve soudée à la paroi. On peut faire la même remarque, à des degrés divers, pour les cas de F. Lange, Salzer (1892, XIX), Quintar (1892, XI), Dumont (1890), Rindfleisch (1893),

1. Lejars, 1897; Bœckel, 1898, II; Pellier, 1899.
2. Les nombres de cas de ces deux tableaux ne coïncident pas, car tel qui indique la mobilité, omet d'indiquer l'ancienneté.

Becker (1894, XXXII), Bier (1895, XII), Brenner (1895, V), Storchi (1897, I), Hume (1898, V).

La mobilité du néoplasme s'opère de préférence dans certaines directions; d'une manière générale, et ce fait cadre avec l'anatomie, le déplacement est plus volontiers concentrique qu'excentrique; il se fait rarement en tous sens[1] d'une manière égale. Mais il y a des exceptions; par exemple, on voit des cancers du côlon transverse être mobiles surtout latéralement[2]; de même, les cancers du cæcum ou de l'S iliaque se déplacent tantôt en bas, tantôt en haut.

Enfin, dans une grande quantité d'observations, où la mobilité est notée à un degré quelconque, on note aussi, que la tumeur se déplace avec les mouvements de la respiration.

Comme nous l'avons dit à l'anatomie pathologique, c'est l'allongement du méso sous l'influence du poids de la tumeur, qui est la cause de la mobilité. Celle-ci est parfois extrême; voici les exemples les plus frappants :

Homans (1896) : tumeur trouvée d'abord dans la fosse iliaque droite et plus tard à l'épigastre (sarcome cæcal).

K. Franks (1892, II) : la tumeur se déplace de la région lombaire au pubis.

Rindfleisch (1893, X) : la tumeur, qui siège à l'ombilic, peut être abaissée jusqu'au vagin.

Lejars (1897) : on peut amener la tumeur d'une fosse iliaque à la ligne médiane et même au delà.

Plettner (1894) : le néoplasme se déplace autour d'un cordon induré, à direction centrale, comme autour d'une roue.

Rafin (1897) : cancer du cæcum qu'on peut promener du foie à l'utérus et jusqu'à la ligne médiane.

Rolleston et Shield (1897) : tumeur très mobile, se déplaçant de l'ombilic à la fosse iliaque droite (cancer du cæcum).

Pellier (1899) : le néoplasme fut trouvé à l'angle hépatique du côlon, mais il occupait parfois la fosse iliaque gauche.

Defaux (1896) : tumeur du côlon A; on peut la faire passer dans l'autre moitié de l'abdomen.

Nous en profiterons pour rappeler *qu'il ne faut pas se fier à la place occupée par le néoplasme pour déduire son siège*; à tous les cas de ptoses énumérés à l'anatomie pathologique, ajoutons-en trois autres : Gilford (1893) : cancer de l'appendice; la tumeur occupait la région du rein droit; Hahn (1887) : cancer du cæcum se sentant à l'épi-

1. Storchi, 1897, II; Rose, 1895; Plettner, 1894.
2. Rindfleisch, 1893, V; Laubie et Carles, 1898.

gastre; Rindfleisch (1893, I) : tumeur du transverse se sentant dans la fosse iliaque gauche.

Borborygmes. — Le palper rend compte enfin, quand l'oreille n'y supplée, de la présence des borborygmes. Il n'est pas rare que le médecin, en malaxant la tumeur, ne les fasse en quelque sorte éclater sous sa main[1], même si le malade est en état d'occlusion intestinale (Rémy et Bouvet, 1899). On sait le soulagement que provoquent ces échappées gazeuses; le malade de Hochenegg[2] ne l'ignorait pas, qui savait malaxer à propos le boudin météorisé, se formant de temps à autre dans son ventre.

Par une espèce de succussion on peut sentir, comme l'a montré Bouveret, une sorte de *clapotement cæcal*, dans le cas de cancer bas placés (de Bovis, inéd., III). Au palper, Kocher (1890) a rencontré une fois une sensation de *froissement très fin* (exquisites Quetschen).

Thiersch[3] a rencontré un *néoplasme pulsatile*; mais la cause en était dans des adhérences profondes avec l'artère iliaque.

Corps étrangers. — Nous citerons pour mémoire deux faits, l'un de Cruveilhier, déjà connu, et l'autre de Gelez, où l'arrêt des corps étrangers, au niveau du rétrécissement, donnait lieu à une *collision crépitante* particulière, et un troisième, de Maydl, où l'on sentait plusieurs petites indurations vers la partie interne de la tumeur, du côté du petit bassin, indurations qui n'étaient autres que des noyaux de cerises[4].

Percussion. — Le cancer de l'intestin ne donne que très rarement de la matité[5], plus rarement encore de la sonorité (Rindfleisch, I, 1893). Dans presque tous les cas, il offre une *sonorité voilée*, son tympanique assourdi (dumpf-tympanisch), ou de la submatité. Les raisons de cette apparence tiennent sans doute à l'interposition d'anses grêles, aux gaz circulant à travers la tumeur, à la dilatation ou météorisme de l'anse afférente, etc... Par contre, on trouve quelquefois de la *matité* (ou submatité) *en amont* ou *du coté opposé* de la tumeur : par exemple, dans les cas de G. Luys, de Tchouprovf[6], il s'agissait d'un cancer de l'S iliaque et il y avait de la matité cæcale; dans celui de Littlewood[7], cancer de l'angle hépatique, même matité cæcale. Il y a

1. L. Michel, 1890; Quintar, 1892, II; Matlakowski, 1892, I; Postnikoff, 1896; Lardennois, 1899, III; O. Bloch, 1892, I; Tokarenko, 1899.
2. Hochenegg, 1897, I.
3. In Beger, 1882.
4. Cruveilhier, Gelez, cités par Haussmann, *l. c.*, p. 67; Maydl, 1881.
5. Lardennois, 1899, I, III, XXXVIII; Horteloup, 1887; Gross, 1892; Chevalier, 1887; Kummer, 1898; K. Franks, 1889, I (mate par places).
6. G. Luys, 1899; Tchouprovf.
7. Littlewood, 1894.

là, nous semble-t-il, une confirmation clinique de ces ectasies du cæcum, consécutives à la stase stercorale, ectasies qui préparent le terrain aux *ruptures diastatiques*. Ces distensions cæcales peuvent d'ailleurs se très bien sentir au palper (de Bovis, inéd., III); Bouveret y insiste également, comme sur le *clapotement cæcal*; nous en reparlerons au diagnostic.

Toucher vaginal et rectal. — Il a été pratiqué dans tous les cas probablement, si l'on en juge par le grand nombre d'observations qui en font mention. Mais, comme on le comprend, il ne donne guère de résultats qu'avec les cancers de l'S iliaque. Soit par le vagin, soit par le rectum, soit des deux côtés à la fois, on peut arriver, en enfonçant très profondément le doigt, ou pendant la narcose [1], sur une masse placée à gauche et qu'on sent à travers les différentes couches des tissus périnéaux [2]. Il faut, cela va sans dire, faire un palper bi-manuel, même quand on touche par le rectum (Hahn, J. Borelius). On ne pourrait arriver sur une autre partie du tube digestif (cæcum par exemple) que grâce à une ptose dans le petit bassin (cas de Verdelet [3]), ou à une certaine souplesse des tissus, rare d'ailleurs (Billroth, Tokarenko) [4].

Le toucher rectal par le procédé de Simon n'a été pratiqué que deux fois (Güssenbauer, Reclus) [5].

Mais, comme on le voit par le petit nombre de faits que nous avons donnés en note, le cancer de l'S iliaque lui-même n'est que rarement perceptible au doigt.

Adénites. — En dehors de la région inguinale, quelquefois [6], l'adénite ne se rencontre presque jamais. Chez le malade de Lardennois, il y avait aussi de l'adénite axillaire; mais l'auteur fait remarquer que le sujet était syphilitique. Staffel [7] aurait senti des ganglions engorgés par le toucher rectal; ce serait en tout cas, une investigation à faire. Chez un enfant de 8 ans (sarcome valvulaire et invagination), v. Baracz [8] put sentir des ganglions abdominaux, mais ce cas est le seul de son espèce.

1. Becker, 1894, XXVIII.
2. Rémy et Bouvet, 1899; Ruepp, 1895, VI, XI; O. Bloch, 1892, I; Polk, 1888; Rindfleisch, 1893, VII; Schiller, 1896, III; Hahn, 1897, III, IV; Hauer, 1884, II; Jacobs, 1887; Carlson, 1899, III; Borelius, obs. 1899, III, IV (inédites); Bazy, 1895 (in Finet).
3. Verdelet, 1893.
4. Billroth-Salzer, 1892, p. 149; Tokarenko, 1898.
5. 1878 et 1887.
6. Abbe, 1889; Lardennois, 1899, I; Ilott, 1894; Hervé, 1897; Schiller, 1896, VI; Petroff, 1897, I; Lehmann, 1897, XXVI; Beger, 1882 (il est bon d'ajouter, qu'il y avait des fistules cancéreuses pariétales dans ce dernier cas).
7. Staffel, 1889, V.
8. V. Baracz, 1891.

Hémorrhoïdes. — Il est difficile de dire, quand les hémorrhoïdes sont récentes, la part qui revient à la constipation chronique ou celle qui revient au cancer lui-même. C'est en tout cas un signe fort rare[1].

Chez le malade de Rindfleisch, il y avait en outre du varicocèle.

C. Symptomes généraux.

L'*état général* est profondément affecté par le cancer de l'intestin, mais d'une manière surtout indirecte, grâce aux symptômes fonctionnels. Souvent en effet, les malades n'osent plus s'alimenter par crainte des douleurs que leur ramène la digestion intestinale ou les crises d'occlusion, qui y font suite[2]. Il en résulte un *état de cachexie absolument hors de proportion avec l'ancienneté supposable ou la malignité de l'épithélioma intestinal* : c'est une *cachexie de famélisme.*

Un malade de Senn (1890, II) avait en un an perdu 40 livres. Un autre de Hochenegg (1895, II) perd en quelques mois 20 kilogr. 5 (61, 5 à 82). En 3 mois, ceux de Whitehead (1885), de Lauenstein (1890) perdent également 40 livres, etc.

Aussi assiste-t-on, après les cures chirurgicales heureuses, à de véritables résurrections. Nous sommes donc en droit de conclure avec Maydl, que *le cancer intestinal atteint peu l'état général et qu'il reste longtemps à l'état de lésion locale.*

L'évolution du cancer de l'intestin est apyrétique. Il n'y a de la fièvre indiquée que dans un fort petit nombre de faits. Si nous éliminons tous ceux où la présence de suppuration ou de péritonite fut démontrée, il n'en reste que très peu[3]. Chez les uns, il s'agit de cancers très avancés ou en voie de généralisation, chez les autres, il y a de l'obstruction ou des crises douloureuses; dans deux cas, il s'agit d'un sarcome (Homans, 1896, Tokarenko, 1899). Bien qu'on puisse admettre ici, comme partout, la *fièvre néoplasique* (cas de Homans en particulier), il est plus vraisemblable de croire à une *auto-intoxication* d'origine intestinale, facilitée par l'ulcération de la muqueuse. La température oscille généralement entre 38° et 39°.

Chez les femmes, on peut observer des *irrégularités menstruelles,*

1. Ruepp, 1895, XIX; Rindfleisch, 1893, IV; de Bovis (inéd.), III; Güssenbauer, 1880; Abbe, 1889.
2. Compoint (Nélaton), 1898, III; Lardennois (Chaput), 1899, III; Sargnon, 1895; Hochenegg, 1895, II; Elliott, 1894; Barrs et M. Robson, 1895; von Eiselsberg, 1896, I; Cedercreutz, 1899.
3. Thomson, 1892, III; Stimson, 1893; Ruepp, 1895, III; Belin, 1897; Tokarenko, 1899; Heberlein, 1897; Diet (Boiffin), I, 1895, I; v. Eiselsberg, 1896, III; Hume, 1898, IV.

comme dans tout état pathologique grave[1] : chez une malade de Hofmokl, âgée seulement de 29 ans, les règles se suspendirent.

IV. — ÉVOLUTION; DURÉE; TERMINAISON.

SOMMAIRE.

1° De l'*occlusion* intestinale chez les cancéreux : elle est relativement rare et tardive. 2° De l'*obstruction* intestinale : fréquente dans sa forme subaiguë, rare dans sa forme aiguë; durée prolongée. Caractères de l'occlusion ou de l'obstruction dans le cancer : physiologie pathologique; rapports avec le siège. 3° *Adhérences* et *fixité* de la tumeur. 4° *Cachexie* et *généralisation* : la première est surtout une cachexie de famélisme; la seconde est tardive.

Le cancer de l'intestin aboutit si naturellement et dans un nombre si considérable de faits, à l'obstruction ou à l'occlusion intestinales, qu'il est tout naturel de ne point séparer de son histoire cette manifestation, qu'on serait tenté d'envisager comme une complication.

Mais s'agit-il là d'un terme fatal dans l'évolution du cancer de l'intestin? Non certainement, mais les exceptions qu'on peut citer, comme le cas de Cruveilhier, sont bien rares. Nous avons signalé nombre de cas n'ayant aucun trouble digestif, mais nous avons vu aussi l'occlusion apparaître soudainement; nul ne saurait donc dire comment auraient fini les sujets opérés avant toute occlusion.

Diarrhées finales. — Avant d'aborder l'étude de l'occlusion intestinale dans le cancer, remarquons seulement qu'on voit quelquefois, vers les périodes terminales du cancer, des malades, qui avaient eu jusque là de l'obstruction, de la constipation opiniâtre ou des selles régulières, présenter de la diarrhée[2], ce qui n'empêche pas d'ailleurs le développement ultérieur d'une occlusion intestinale aiguë[3]. C'est dans ces cas que la diarrhée offre bien le type de ce que nous avons appelé des *diarrhées de regorgement.*

Inversement, on voit des malades diarrhéiques jusque là, devenir des constipés ou présenter de l'obstruction ou de l'occlusion[4].

1. Ullmann, 1895, I; Hofmokl, 1888; U. Guinard, 1897; Tokarenko, 1899; A. Cedercreutz, 1899.
2. Senn, 1890, II; Rindfleisch, 1893, I, IV; Kummer, 1898; Sorel et Chérot, 1898; Frantzke, 1898, III; Chaput et Terrillon, 1891; Michels (Bergmann), 1885; Graff, 1896, XIX; Ruepp, 1895, IX; Hochenegg, 1895, II; Lardennois, 1899, II; Salzer, 1892, XXIII; Schiller, 1896, VIII; van der Hœven, 1899.
3. Ruepp, 1895, IX; Mauclaire et Macaigne, 1899.
4. Postnikoff, 1896; K. Franks, 1889, I; Ruepp, 1895, VI, VII, IX, XVI; Rindfleisch, 1893, VII; Verdelet, 1898.

1° De l'occlusion intestinale chez les cancéreux

La pathologie de tous les retentionnistes se ressemble. De même que, chez les prostatiques, un *écart de régime* amène souvent une crise de rétention, de même, chez les cancéreux intestinaux, qui sont des rétentionnistes au premier chef, l'occlusion ou l'obstruction éclate volontiers après les fêtes de table, les repas indigestes ou simplement un peu trop copieux[1], et même dès que les malades se mettent à manger comme tout le monde[2]. Les cures d'eaux minérales, quoique pour le « bon motif », produisent, ainsi que les purges, des effets analogues[3].

Il est important de *distinguer soigneusement l'obstruction de l'occlusion.* Si la première, à des degrés divers, fait pour ainsi dire partie du tableau clinique, la seconde, bien qu'assez commune encore, est beaucoup plus rare. Malheureusement cette distinction est bien rarement faite dans les observations. Disons enfin que l'obstruction ou l'occlusion, dans le cancer du gros intestin, a des caractères un peu spéciaux, ignorés de beaucoup de médecins praticiens, ce qui retarde d'autant l'action et les progrès du traitement chirurgical.

Nous venons de dire que l'*occlusion intestinale* aiguë, c'est-à-dire la *suppression complète des selles et des gaz*, était une manifestation relativement rare. En effet, nous n'en avons relevé que 60 cas, avérés ou probables, ce qui n'est pas excessif pour un total de plus de 400 observations. Des observations plus rigoureuses en auraient sans doute encore diminué le nombre.

Par contre, certains malades ont dans le cours de leur maladie *plusieurs attaques* d'occlusion intestinale; nous les avons cités ailleurs (Voir symptômes fonctionnels : groupe des obstructifs).

Les crises d'occlusion aiguë *s'établissent lentement.* Nous ne pouvons malheureusement qu'en fournir une preuve indirecte. Elle réside dans la longue durée de ces soi-disant périodes d'occlusion intestinale et dans la tardive apparition des vomissements fécaloïdes. Il est vrai que la longue durée des crises et le retard des vomissements fécaloïdes sont favorisés par un autre facteur : la position bas placée du cancer du gros intestin.

L'imperfection occlusive d'un néoplasme intestinal fait donc que

1. Angelesco, 1897; Treves, 1893; Lardennois, 1899, I; Hochenegg, 1897, I; Sidney Jones, 1885; Ruepp, 1895, IV.
2. W. Meyer, 1888; Frantzke, 1898, III.
3. Ruepp, 1895, XVI; Körte, 1895, V. Voyez aussi la description des crises douloureuses aux symptômes fonctionnels de la période d'état.

l'obstruction ne passe sans doute que tardivement et difficilement à l'occlusion parfaite; et, d'autre part, sa position sur le gros intestin fait que *le vomissement ne prend que fort tard le caractère fécaloïde, si même il le prend.*

Nous tenons à insister sur cette conclusion. Il est en effet admis, qu'il n'y a sinon en principe, du moins en fait, dans la pratique médicale, occlusion intestinale, que quand il y a vomissement fécaloïde. Pour un trop grand nombre de médecins il y a équation parfaite entre ces deux termes : occlusion et vomissements fécaloïdes. Or, rien n'est plus faux, et il serait à souhaiter que l'enseignement, le livre, les revues, vulgarisassent chaque jour un principe, sinon contraire, du moins restrictif.

Or, la conséquence de l'équation déplorable dont nous parlons, c'est que les médecins appliquent aux occlusions intestinales une temporisation thérapeutique, qui a été finalement et formellement condamnée à l'égard de la hernie étranglée.

Cette conduite est d'autant plus dangereuse, avec le cancer de l'intestin, que, l'obstacle étant bas placé, souvent à demi franchissable, le vomissement est tardif, et le fécaloïde encore plus.

Mais les chiffres que nous avons pu recueillir seront plus éloquents :

Hochenegg, 1897, I, occlusion depuis 7 jours ; vomiss. fécal. au septième jour;

R. Frank, 1897, VI, pas de gaz depuis 6 jours; vomiss. fécal. le cinquième jour;

Legrand, 1889, occl. intest. depuis 7 jours; vomiss. fécal. le septième jour;

Bacaloglu, 1899, occl. intest. depuis 3 jours; vomiss. fécal. le quatrième jour;

Ruepp, 1889, XVI, occl. intest. depuis 3 jours; vomiss. fécal. le quatrième jour;

Ruepp, 1895, XIX, obstruction depuis 8 jours; vomiss. fécal. le huitième jour;

Ruepp, 1895, XX, obstruction depuis 8 jours; vomiss. fécal. le huitième jour;

Comte-Senn, 1892, XX, occlusion depuis 10 jours, vomiss. fécal. le dixième jour.

Göpper, 1893, VIII, constipation absolue depuis 8 jours, vomiss. fécal. le huitième jour;

Compoint (Nélaton), 1898, III, occlusion depuis 4 jours; vomiss. fécal. le quatrième jour;

Jacobs, 1887, obstruction croissante depuis 4 jours; vomiss. fécal. au quinzième jour;

Penrose, 1888, obstruction complète depuis 28 jours; vomiss. fécal. le vingt-sixième jour;

Schlange, 1889, obstruction depuis 19 jours; vomiss. fécal. le ... [1]?

Israël, 1894, obstruction datant de 42 jours et finissant par des vomiss. fécal.

On voit que le vomissement fécaloïde met, en moyenne, plus d'une semaine pour apparaître. De plus, il ne se rencontre pas dans tous les cas. En outre des observations précédentes, on ne le mentionne que dans un petit nombre de faits [2].

Nous pouvons citer en effet quelques observations, où il semble bien qu'il y eut de l'occlusion et où cependant il n'y eut pas de vomissements fécaloïdes :

1897, Binaud et Legros, 4 jours d'obstruction, puis d'occlusion; vomissements simples;

1899, de Bovis, I (inédite), 5 jours d'obstruction, puis d'occlusion; vomissements simples;

1895, Ruepp, XVIII, 10 jours d'obstruction, puis d'occlusion; vomissements simples;

1892, O. Bloch, III, occlusion durant 7 jours, avec vomissements simples;

1898, Compoint (Nélaton), III, occlusion complète et vomissements simples depuis 12 jours;

1895, Morton, occlusion depuis 8 jours, vomissements simples;

1893, Stimson, occlusion depuis 8 jours, vomissements simples;

1894, Elliott, occlusion depuis 4 jours, vomissements simples.

Voici enfin un cas où l'occlusion aiguë est réelle ou fort probable, et dans laquelle les *vomissements eux-mêmes font défaut.*

1898, R. Morrison, absence de selles et de gaz pendant 3 jours; pas de vomissements.

Ces crises d'occlusion intestinale ont généralement pour effet de faire appeler le chirurgien. Dans les commémoratifs, il n'est pas alors absolument rare de trouver quelques autres crises semblables [3], et c'est avec ces sortes de malades que nous avons constitué le groupe des « obstrués ». Par contre, ces crises antérieures sont souvent beaucoup moins violentes et surtout plus fugitives : les malades de Nimier et Mayo Robson, par exemple, ne paraissent avoir été en état d'occlusion que pendant deux ou trois jours; chez un malade de

1. Probablement vers la fin de cette période.

2. Hochenegg, 1895, I; Senn, 1890, I; Nimier, XIV, 1894; Ullmann, 1895, I, Mac Ewen, 1895; König, 1899, I; Studsgaard, 1894, f.; M. Robson, 1895, II; Hahn, 1897, IV; Treves, 1898; Mauclaire et Macaigne, 1898.

3. O. Bloch, 1892, I; Gangolphe, 1897, III; R. Morrison, 1893; König, 1899, I.

Senn, il se produisit des vomissements fécaloïdes après six heures, et chez celui de Hochenegg, après quatre heures seulement : puis la crise disparut [1].

2° DE L'OBSTRUCTION INTESTINALE DANS LE CANCER DE L'INTESTIN.

L'obstruction existe, dans la grande majorité des cas, à l'état chronique, comme on l'a vu plus haut. Mais, nous ne visons guère ici que celle mettant l'existence en péril par sa longue durée ou son intensité. Ainsi considérée, nous en avons relevé une cinquantaine de cas.

Pendant les périodes d'obstruction grave, les malades ont de temps à autre, soit des selles, soit et surtout des gaz, ce qui éloigne chaque fois pour eux le terme fatal. Ils ont naturellement des vomissements, mais ceux-ci sont quelquefois très lents à se produire.

Ruepp, 1895, VI, vomissements après 12 jours d'obstruction.

Göpper, 1893, IV, nausées seulement après 15 jours d'obstruction [2].

Ruepp, 1895, VII, vomissements après 20 jours d'obstruction.

G. Luys, 1899, vomissements après 20 jours d'obstruction (au moment de l'anesthésie).

Carlson, 1899, II, vomissements après 8 jours.

De Bovis (inéd.), II, vomissements après 10 jours.

Ils manquent dans les cas de Göpper, Waldström, Staffel [3].

L'obstruction intestinale peut donc avoir dans le cancer une *durée très grande*. Cooper Forster [4] en cite une de 88 jours de durée : c'est la plus longue à notre connaissance.

Les termes de huit à quinze jours sont très communs, mais rarement dépassés : vingt jours (Crespin, 1895; G. Luys 1899); vingt-deux jours (O. Bloch, 1892, I); vingt-huit jours (Obalinski, LX); un mois (Staffel, 1889; I); quarante-deux jours (Chaput, 1895); cas auxquels on peut en ajouter quelques-uns terminés par occlusion et tirés de la série précédente.

Caractères de l'occlusion ou de l'obstruction intestinale dans le cancer. — Nous venons d'insister sur un des principaux signes des sténoses cancéreuses, le vomissement, et sur ses caractères.

Nous ne ferons donc plus qu'énumérer les autres signes, qui n'offrent rien de bien spécial.

La *tumeur*, au milieu du ballonnement abdominal, disparaît com-

1. Nimier, 1894, XIV; Mayo Robson, 1895, II; Senn, 1890, I; Hochenegg, 1895, I.
2. Elles étaient dues peut-être à de la péritonite commençante.
3. Göpper, 1893, I; Staffel, 1889, II; Waldström, 1879.
4. Cité d'après Koudriachovf, *Rak tolstoï kichki* (*Cancer du gros intestin*), *Vratch*, 1899, n° 25, p. 725.

plètement, quand ses dimensions sont médiocres. Il est donc rare de pouvoir se fonder sur sa constatation[1] ou celle d'une masse quelconque (Eastmann, 1887), pour étayer le diagnostic, même sous le chloroforme (Studsgaard, 1894, g). C'est en pareils cas qu'il ne faut jamais oublier le toucher rectal ou vaginal (Schiller, 1896, III; Hahn, 1897, III, IV; Jacobs, 1887), qui peut alors donner des renseignements plus positifs.

On peut, d'autre part, être abusé par ces matités cæcales, dont nous avons déjà parlé; dans deux de nos observations (de Bovis, II, III) et une de Staffel (1889, IV), on trouvait de l'empâtement ou de la submatité dans la fosse iliaque droite, alors que le cancer siégeait à l'S iliaque.

La sonorité abdominale est ailleurs la règle, à moins qu'il n'y ait de l'ascite; le timbre est alors voilé dans les fosses iliaques (Studsgaard, 1894, f). Le tympanisme peut se retrouver jusque dans la région lombaire (Jacobs, 1887); R. v. Baracz y a observé de la voussure.

La *douleur* est naturellement intense, mais diffuse ou généralisée; les maxima qu'elle présente peuvent d'ailleurs ne pas correspondre au siège du néoplasme, mais au cæcum ectasié (de Bovis, I).

Le *météorisme localisé*, c'est-à-dire, l'existence d'une anse intestinale dilatée se dessinant ou se contractant sous la paroi (*péristaltisme localisé*), ou se sentant au palper, sous forme d'un gros boudin à sonorité voilée, est un signe assez souvent indiqué[2].

Le palper, le massage, la percussion (Paul, 1895, I; R. Frank, 1897, VI; v. Wahl, 1889) réveillent ces contractions et la main sent en même temps les vibrations de quelques borborygmes bruyants. Le péristaltisme localisé n'est pas toujours contigu à la tumeur; dans un cas de Ruepp (1895, XX) et un des nôtres (obs. III), il se montrait au cæcum, et la tumeur occupait respectivement le côlon transverse et l'S iliaque.

Si le péristaltisme localisé ou généralisé n'est pas très souvent indiqué, cela tient sans doute à ce que les anses les plus voisines du néoplasme, puis, de proche en proche, la plus grande partie de l'intestin, s'ectasient et ne sont plus capables de lutter contre l'obstacle à force de contractions. C'est une véritable *asystolie intestinale*.

1. Thomson, 1892, III; R. Frank, 1897, VI; Barrs et M. Robson, 1895; R. Frank, 1893, p. 933; Borelius, 1899, I (inédite); Bloch, 1894; Mauclaire et Macaigne, 1898.

2. Chevalier, 1887; Kirmisson, 1887; Ruepp, 1895, VII, XI, XII, XX; Waldström, 1879; Obalinski, LV, LX, LIX; Göpper, 1893, VIII; Diet., 1895, I; Fenger, 1888, II; Chaput, 1895; Morton, 1895; v. Wahl, 1889; Littlewood, 1894; R. Frank, 1893, p. 933; Quintar, 1892, III; Treves, 1893; Ullmann, 1895; W. Cheyne, 1895; Paul, 1895, I; König, 1899, II; Bloch, 1894; Studsgaard, 1894, f.; Carlon, 1899, III.

La *contraction spasmodique de l'intestin* joue certainement un grand rôle dans ces rétrécissements comme dans les autres (Jalaguier[1]). Nous voyons très souvent le cours des matières se rétablir en partie par la voie naturelle après l'entérotomie[2], première preuve qu'un facteur transitoire, qui ne peut guère être que le muscle entérique, a cessé d'agir. Une deuxième preuve est tirée des autopsies : à côté de quelques cas où un corps étranger est subitement venu obstruer la lumière de l'intestin[3], ou de ceux dans lesquels la lumière intestinale est presque complètement bloquée[4], expliquant ainsi la brusque occlusion qui s'est développée, nous en trouvons plusieurs, dont le calibre paraît avoir été bien suffisant et surtout non inférieur à celui de malades morts en dehors de toute occlusion. Dans un cas d'Adam, par exemple (1895, II), la valvule n'admet plus qu'une sonde n° 7, et on n'indique pas qu'il y eût des phénomènes d'occlusion ou même d'obstruction. Haussmann (*l. c.*, p. 65) cite un rétrécissement qu'à l'amphithéâtre un jet d'eau, injecté avec force, n'arrivait pas à franchir et qui cependant n'avait jamais donné lieu à une obstruction complète. Un cas inverse et non moins démonstratif est certainement celui de Staffel (1889, II) : depuis douze jours le malade n'a pas eu de selles; les gaz manquent de temps à autre, le ventre est ballonné et ne permet plus de sentir une tumeur antérieurement perçue. Anus contre nature. Mort. A l'autopsie, *pas de sténose*!

Quant aux malades sans troubles fonctionnels, mais atteints d'un rétrécissement serré, comme il est évident que la sténose n'est pas l'œuvre d'un jour, il faut admettre pour eux une *asystolie intestinale*, se révélant subitement, parfois *grâce à un surmenage* (*excès de régime*).

Pour finir, il faut nous demander s'il est des sièges ou des formes de cancers prédisposant spécialement à l'occlusion. Le petit tableau ci-contre fournit la réponse. Si l'on compare la fréquence de l'occlusion à la fréquence du cancer sur un segment donné de l'intestin, on voit que l'occlusion frappe dans l'ordre suivant : l'angle splénique, le côlon descendant, l'S iliaque, le côlon ascendant, le transverse, la valvule, le cæcum; ces deux derniers sont très au-dessous de la moyenne générale (surtout le cæcum), les trois premiers sont très au-dessus; l'ascendant et le transverse sont de plain-pied avec elle. Nous ne tenons qu'aux grandes lignes de ce classement, car notre

1. Jalaguier. *Traité* Duplay-Reclus, VI, p. 450.
2. Obs. de Bovis, III (inéd.), par exemple.
3. Ce qui semble avoir été le cas pour Rémy et Bouvet, 1899, et peut-être pour Ruepp, 1895, XVIII (nombreux pépins de pommes). Chez les malades d'Ullmann et Morrison il y avait torsion de l'intestin.
4. Barrs et M. Robson, 1895; Fenger, 1888, II; Bacaloglu et Pagnez, 1899; Schiller, 1896, III (5 à 7 millimètres de diamètre); Jacobs, 1887; Leonte, 1898.

statistique, faite au hasard des publications scientifiques, n'a pas de valeur *intégrale*. Il faut donc se borner à conclure que la moitié gauche du côlon est infiniment plus exposée à l'occlusion ou à l'obstruction que la moitié droite [1]. Cette conclusion générale nous suffit, parce que nous avons une tendance à penser que le premier rang, absolument et relativement parlant, doit appartenir à l'S iliaque, mais que la forte léthalité de tout ce qui la concerne diminue beaucoup sans doute les velléités de publication à son endroit. L'S iliaque est en effet le lieu d'élection du petit squirrhe annulaire, dont la fréquence, on s'en souvient, augmente au fur et à mesure qu'on se rapproche d'elle; il est donc tout naturel de penser que l'occlusion ou l'obstruction ont une courbe de fréquence parallèle à celle de ce squirrhe.

On aura certainement remarqué que les cancers de la valvule se tiennent au-dessous de la moyenne : on se serait attendu au contraire, mais il est à supposer que la forme encéphaloïde, plus commune à son niveau, a pour effet de détruire rapidement les lèvres de l'orifice et partant d'annihiler leur résistance.

Fréquence de l'occlusion ou de l'obstruction grave d'après le siège du cancer [2].

SIÈGE	OCCLUSION		OBSTRUCTION		TOTAL		SIÈGE DU CANCER d'après le 0/0 de la statistique de l'auteur.
	CAS	0/0	CAS	0/0	CAS	0/0	
Appendice	»	»	»	»	»	»	0,9
Valvule	3	5,0	3	5,7	6	5,3	7,1
Cæcum	5	8,3	5	9,6	10	8,9	24,2
Côlon ascendant	7	11,6	5	9,6	12	10,7	11,6
Angle hépatique	2	3,3	4	7,6	6	5,3	6,4
Côlon transverse	5	8,3	6	11,5	11	9,8	10,2
Angle splénique	6	10,0	4	7,6	10	8,9	4,9
Côlon descendant	6	10,0	7	13,4	13	11,6	7,1
S iliaque	26	43,3	18	34,6	44	39,2	27,3
TOTAUX	60	99,8	52	99,6	112	99,7	99,7

L'occlusion ou l'obstruction étant généralement imparfaite, l'*état général* des cancéreux atteints d'occlusion et d'obstruction devrait

1. Ceci est confirmé par la statistique d'Ashhurst au sujet de l'occlusion en général (*Encycl. intern. de Chir.*).

2. Pour apprécier la valeur du siège, en matière d'occlusion intestinale, il faut comparer son pourcentage à celui de la statistique générale que nous avons donné à l'étiologie (d'après les 426 observations de ce mémoire). Les deux pourcentages ayant même origine sont comparables.

être meilleur que dans les autres variétés de ce syndrome. Il n'en est rien cependant, précisément parce qu'*ils sont des rétentionnistes*, et que leur crise est précédée de longues périodes durant lesquelles ils résorbent sans aucun doute leurs toxines intestinales.

L'*ascite*, dont nous reparlerons tantôt, pour ne pas scinder son paragraphe, ne paraît pas souvent attribuable à l'occlusion, ce qui confirme ce que nous avons dit du caractère relatif de l'occlusion chez le cancéreux.

3° Adhérences et fixité de la tumeur.

Au bout d'une ou deux années, généralement, *le néoplasme devient fixe* ou du moins perd beaucoup de sa mobilité, grâce aux adhérences qui se forment peu à peu. Il n'est guère qu'un seul groupe d'adhérences qui se révèle d'une manière immédiate : ce sont les *adhérences à la paroi abdominale antérieure*. Encore faut-il qu'elles aient une certaine importance. Quant aux autres, on peut les craindre beaucoup plus que les diagnostiquer, car il est rare qu'on sente des tractus prolongeant irrégulièrement la tumeur [1]. Dans une observation de Güssenbauer (1878), il est dit que le toucher rectal, par la méthode de Simon, permit de reconnaître un cancer de l'S iliaque « paraissant adhérer à une anse de l'intestin grêle ». L'opération confirma cette supposition, mais nous ne savons trop sur quoi on se baserait pour l'admettre à nouveau.

4° Cachexie et généralisation.

Il est très difficile de porter un jugement sur l'état des malades porteurs de cancer de l'intestin. Nous avons dit qu'ils sont souvent la proie d'une sorte de *cachexie de famélisme*, qui masque la cachexie propre au cancer. Heureusement que l'anatomie et la clinique nous montrent que la généralisation est rare ou tardive. Mais on ne peut guère juger de l'état général qu'après avoir remis son malade, d'une façon ou de l'autre, dans des conditions à peu près normales. Cependant n'oublions pas que c'est du côté *du foie* que nous trouverons les métastases les plus communes et les plus facilement abordables. Par le toucher rectal on pourra aussi tomber sur un noyau rectal [2] ou prostatique [3] ; palper du foie, toucher rectal ne devront donc jamais être négligés.

1. Güssenbauer, 1880; Schiller. 1896, VII, XXVII.
2. Morton, 1895.
3. Schiller, 1896; Thomson, 1892, I.

V. — COMPLICATIONS.

SOMMAIRE.

1° *L'invagination* : n'est guère qu'une complication anatomique. 2° *L'ascite* : dépendance de l'occlusion ou de la cachexie. 3° *Œdème* et thromboses du membre inférieur. 4° *La suppuration* : phlegmon pariétal et fistules stercorales. 5° *Péritonite* par perforation. 6° *Perforations* et fistules viscérales. 7° *Divers*.

1° L'INVAGINATION. — L'invagination intra-abdominale (nous ne parlons pas ici des invaginations rectales de l'S iliaque) est une complication anatomique beaucoup plus que clinique et elle ne semble pas aggraver beaucoup la maladie (König); en ce qui concerne l'occlusion intestinale, par exemple, aucun des 18 cas[1] que nous avons relevés ne paraît en avoir présenté.

Plusieurs ont eu des crises d'obstruction, mais aucune ne paraît avoir été d'une intensité extraordinaire ou subite; on dirait même que le fonctionnement intestinal est plus régulier; la meilleure preuve est que, dans le nombre, il n'y a pas d'opérations d'urgence (anus contre nature). Un malade de Billroth (Salzer, XXI) a même eu une diarrhée légère.

Il est loisible, à la rigueur, de dire que l'invagination a une certaine physionomie clinique capable de se faire reconnaître. Mais aucun signe malheureusement ne lui appartient en propre, et tous ceux que nous allons signaler, nous les avons trouvés dans le cancer vulgaire. Körte est le seul qui en ait diagnostiqué un cas (1895, XIV).

Le *melæna*[2] ou les glaires, pour commencer, semblent assez communs avec l'invagination cancéreuse (sang, 8 fois, glaires, 1 fois); il existerait donc dans près de la moitié des cas; alors que dans le cancer non invaginé il ne se montre qu'une fois sur 4 ou 5.

Les *douleurs* n'ont rien non plus de spécial. Chez quelques malades elles reviennent par crises avec l'accompagnement habituel de constipation, nausées et vomissements. Cependant quelques sujets ayant éprouvé des douleurs violentes et récentes, on pourrait supposer qu'elles étaient en rapport avec la formation de l'invagination. Par exemple, un malade de Barton (cancer du cæcum) a du ténesme

1. M. Robson, 1895; Bœckel, 1898, III; Senn, 1890; Whitehead, 1885; Mac Cormac, 1892; Barton, 1893; Keetley, 1896, III; König, 1890, I; Lauenstein, 1890; von Baracz, 1891, IV; Salzer, 1892, XI, XXI; Rindfleisch, 1893, III; F. Hartley, 1892; Becker, 1894, XI; Körte, 1895, XIV; Becker, 1880; Hüttl, 1898.
2. On sait que c'est un des signes de l'invagination vulgaire, celle des enfants.

depuis une crise douloureuse survenue quatre mois avant : or, le ténesme est rare avec les néoplasmes cæcaux. Un autre malade (Lauenstein) éprouve subitement des douleurs violentes, « comme s'il était empoisonné » ; l'invagination en était peut-être cause. Le cas le plus typique est celui de von Baracz :

« Enfant de huit ans (sarcome de la valvule), pris subitement, treize semaines avant son entrée à l'hôpital, de coliques violentes, sans cause apparente et revenant par crises. Il n'a de soulagement que dans la position genu-pectorale, qu'il garde presque constamment; sang dans les selles durant les dernières semaines. »

La *tumeur* présente aussi une particularité que nous avons rencontrée quelquefois dans les cancers non invaginés, mais qui semble ici assez commune : l'erraticité [1], les variations de volume [2] ou les alternatives d'apparition et de disparition [3]. Dans un cas de Mayo Robson, l'erraticité était un peu spéciale; pendant les crises douloureuses, la tumeur se gonflait en boudin et s'enfonçait ensuite vers le pelvis.

Considérée en elle-même, la tumeur paraît être généralement *cylindrique*. Quant à son *siège*, il est bien loin naturellement d'être celui de la portion d'intestin où l'invagination a pris naissance; les invaginations iléo-cæcales se sentent sous les côtes ou à l'ombilic, voire même à l'hypochondre gauche (v. Baracz, Hüttl). Celles qui occupent l'S iliaque se sentent par le toucher rectal, ou même peuvent se voir, quand elles viennent à se prolaber.

Quant aux *torsions axiales*, nous ne pouvons que les rappeler; tout ce qu'elles produiront de sensible sera une occlusion intestinale.

2° L'ASCITE. — Nous avons déjà dit à l'anatomie pathologique que l'ascite peut être considérée tantôt comme une conséquence de l'occlusion intestinale, tantôt comme un signe de carcinose péritonéale, tantôt comme un simple fait d'irritation mécanique du péritoine.

En tous cas, dans les observations que nous avons colligées, elle ne devient que rarement perceptible cliniquement, et son abondance ne semble pas avoir été excessive [5].

3° L'ŒDÈME des membres inférieurs ou de la peau de l'abdomen

1. M. Robson; v. Baracz; Rindfleisch.
2. Whitehead; M. Robson.
3. Lauenstein; Körte.
4. Mac Cormac (Billroth); Salzer, XI, XXI; Rindfleisch; Körte, XIV.
5. Par occlusion : Binaud et Legros, 1897; R. Frank, 1897, VI; Treves 1893; Studsgaard, 1894, obs. f.
Par cachexie : Ruepp, 1895, VI; Salzer, 1892, XXIII; Rindfleisch, 1893, IV.
Par irritation mécanique : Homans, 1896.

est souvent aussi une simple manifestation cachectique[1]; mais on peut invoquer parfois une thrombose fémorale, due à la compression des vaisseaux dans la fosse iliaque[2].

4° La suppuration. — Tout autour du cancer peuvent se former des abcès plus ou moins volumineux. Mais, bridés par de fortes adhérences ou de gros remparts néoplasiques, on ne les découvre bien souvent qu'à l'opération ou à l'autopsie; l'existence de la fièvre peut cependant les faire supposer[3].

Nous avons vu que certains d'entre eux se dirigent vers les parois abdominales, généralement l'antérieure; ils donnent lieu à un *phlegmon simple ou stercoral*; dans un cas de ce dernier genre, H. Kerr[4] a vu l'emphysème sous-cutané, dû aux gaz intestinaux, gagner tout le flanc et le dos. Enfin, le phlegmon laisse derrière lui une *fistule*[5] pyo-stercorale, pyo-néoplasique ou purulente simple. Ce dernier cas semble le plus commun, car la présence de matières ou de gaz n'est notée que dans cinq ou six cas (Thiéry, III; Gangolphe, I; Becker, V; Borelius, XI; Kraussold).

Quant aux causes qui ont amené ces suppurations, on peut considérer peut-être comme telles les repas indigestes (Ruepp, IV), les occlusions ou obstructions graves (1 cas de Bloch, 2 cas de Gangolphe). Dans les cas de R. Frank (VI) et Borelius (XI), elles suivirent respectivement une entéro-anastomose et une laparotomie exploratrice. Mais nous sommes persuadé que l'acte opératoire n'y est pour rien. L'évolution relativement avancée du cancer dans les deux cas suffit à les expliquer. Dans celui de von Eiselsberg, la fistulisation ne se fit même que trois mois après. En somme, si les abcès choisissent la plaie de la laparotomie, c'est qu'il se produit là des adhérences leur servant en quelque sorte de fil conducteur, tout comme l'appendice, qui était tendu du cæcum à la paroi, dans le cas de Beger.

Remarquons incidemment, que l'une de ces suppurations concerne l'*appendice* (Beger) et que dans deux autres cas de siège analogue (Kolaczek, Morris[6]), le pus alla s'ouvrir à la *région lombaire*.

La région abdominale antérieure est en effet la seule, à peu près,

1. Ruepp, 1895, VI, XI,; Graff, 1896, XVIII.
2. Ruepp, 1895, XIX; Abbe, 1889.
3. K. Franks, 1889, I; Gilford, 1893; Brenner, 1895, III.
4. H. Kerr. *A case of emphysema, a sequel of malignant disease of the sigmoïd flexure. Lancet*, 26 nov. 1898, p. 1391.
5. A. Reverdin, 1893; Körte, in Wolff, 1893; Becker, 1894, V; R. Frank, 1897, VI; Borelius, 1898, XI; Kraussold, 1881; Beger, 1882; Körte, 1895, V; O. Bloch, 1892, III; Gangolphe, 1897, I, II, III; Graff, 1896, XX; von Eiselsberg, 1897, VII; Kolaczek, 1873; Laveran, 1875; Thiéry, 1890, I, II; Jacomet, 1898; Sorel et Chérot, 1898.
6. Kolaczek, 1873; Morris, 1895.

qui offre des fistules et, comme nous l'avons dit à l'anatomie pathologique, il s'agit presque toujours (cas de Reverdin excepté : côlon transverse) de cancers de la région cæcale ou de l'S iliaque.

Ces abcès peuvent se cicatriser, quitte à s'ouvrir de nouveau [1].

5° La péritonite par perforation est rare dans nos relevés [2], et nous ne faisons guère que la mentionner. Elle mettrait un terme beaucoup plus commun à la vie des cancéreux, si l'obstruction intestinale n'était si fréquente.

La péritonite spontanée est non moins rare (Konig, 1890, V). Mais Haussmann, qui s'est occupé d'observations suivies d'autopsie, la dit fréquente.

6° Les perforations viscérales sont également peu communes. Il en est une cependant, comme nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, qui est beaucoup plus commune que les autres : c'est la *fistule entéro-vésicale*. Il s'en suit une cystite intense, causant des douleurs insupportables aux malades. Quant au reste du tableau clinique, pyurie, fécalurie, issue de gaz par l'urèthre, spasmes vésicaux, etc., nous ne pouvons que renvoyer aux mémoires récents de Chavannaz ou de Tuffier et Dumont.

La généralisation, en amenant des noyaux prostatiques, peut provoquer aussi des symptômes de cystite (Thomson, 1892, I).

Les fistules stomacales ou cholécystiques sont exceptionnelles. Quant aux fistules entéro-entériques, elles sont silencieuses et ne peuvent être, croyons-nous, reconnues.

7° Divers. — Dans le nombre des malades dont nous avons recueilli l'histoire, on trouve quelques tuberculeux, diabétiques, albuminuriques, scléreux, cardiaques, etc. Mais le nombre en est assez restreint et il ne dépasse certainement pas le pourcentage qu'on est en droit de rencontrer à l'âge des sujets que nous considérons.

Nous accorderons une petite mention à l'*ictère* [3], rencontré souvent avant les opérations et qui se montre quelquefois après.

Ces ictères s'expliquent assez facilement par les troubles digestifs.

Un malade de von Eiselsberg [4] était bronzé comme un addisonien, mais c'est tout ce qu'en dit l'observation.

1. Graff, 1896, XX; Morris, 1895.
2. Voir Anatomie pathologique : perforations. Il y en a une dizaine de cas. L'obs. inéd. III, de Lennander, peut servir de type.
3. Petroff, 1897, II; Salzer (Billroth, v. Hacker), 1892, X; v. Eiselsberg, 1897, VI; Gross, 1892; Körte, 1895, XIV; Gratien, 1894.
4. v. Eiselsberg, 1897, IV.

Un malade de Nélaton[1] (cæcum) fut atteint, au cours de l'évolution de son néoplasme, de rétention d'urine pendant six mois; pendant les huit jours qui suivirent l'entérotomie, le cours des urines se rétablit, puis il fallut revenir à la sonde.

Le malade de Maydl souffrait en urinant[2] (cæcum). Enfin, celui de Tédenat (1898) avait des hématuries et celui de Rubenthaler (1895) de l'hémospermie.

Quant à la *grossesse*, elle peut être troublée comme dans toute maladie grave : une malade de Billroth (Salzer, XI, 1892) a un accouchement prématuré à sept mois; une autre de Gilford (1893) accouche à huit mois d'un enfant qui ne tarde pas à succomber. Chez une malade de R. Frank (1892, III), les derniers temps de la grossesse furent marqués par une crise d'occlusion intestinale ; c'était la première manifestation de la maladie. Chez celle de Czerny[3], enceinte au début de son cancer, les suites de couches furent fébriles, mais le cancer n'y était peut-être pour rien. Un cas bien extraordinaire est celui de la malade de Darling, qui fut réséquée en pleine grossesse, guérit et accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Nous signalons simplement les cas où le cancer se compliquait d'autres affections pathologiques : rétrécissements fibreux, testicule ectopié, kystes ou tumeurs de l'ovaire. Nous aurons l'occasion d'en reparler au traitement, car le diagnostic ne se fait guère que le bistouri à la main.

VI. — DURÉE. TERMINAISON.

SOMMAIRE.

1° *Epithéliomes* : durée réelle et durée apparente : la durée apparente est fonction de l'occlusion. 2° *Sarcomes* : évolution un peu plus rapide et surtout récidives plus communes et plus précoces.

A. Épithéliomes.

Les auteurs sont quelque peu partagés sur leur durée. Jusqu'ici, les classiques assignaient au cancer de l'intestin une durée moyenne d'un an ou quinze mois. König, en 1890, s'est élevé contre ce terme et admit, en général, une durée bien supérieure : trois ou quatre ans

1. Compoint, obs. X, 1898.
2. Maydl, 1883.
3. Rindfleisch, 1893, VIII.

et même plus. Salzer, Boas, Matlakowski, Körte, etc., sont aussi de l'avis de König.

On constestera longtemps sur ces chiffres. Avec les moyens actuels d'investigation, la durée, même approximative, du cancer intestinal, est impossible à fixer. Combien de malades jouissent d'une excellente santé jusqu'au jour où une obstruction grave vient les frapper et que l'autopsie montre un cancer annulaire laissant à peine passer le doigt ou un crayon! Il est bien évident que chez de pareils malades, le début est beaucoup plus ancien que leurs accidents. A côté d'eux nous en voyons d'autres dont la maladie remonte à dix ans (Lennander, obs. III, inédite; Veliaminovf, 1893), quatorze ans (Hauer-Billroth, 1884, p. 103), dix-huit ans (Axel Cedercreutz, 1899), et dans le cas de Billroth, la *tumeur* avait été constatée par un médecin *dix ans* avant l'opération. Matlakowski et Körte signalent encore deux cas où la tumeur était visible respectivement sept ans et quatre ans et quatre mois avant l'opération [1].

Nous ne pouvons donc juger que de la *durée apparente* d'un cancer intestinal, et ici il y a des variations individuelles énormes. L'occlusion intestinale, une complication quelconque peut venir brusquement interrompre l'évolution d'un cancer, qui, sans cela, eût peut-être duré très longtemps encore.

N'ayant étudié que les observations parues depuis vingt ans et qui, toutes ou presques toutes, ont été, grâce à l'antisepsie, l'objet d'un traitement chirurgical quelconque, nous ne pouvons apporter de données statistiques, même disparates, à la solution de ce problème.

Mais si nos matériaux ne nous permettent pas de juger la durée apparente du cancer intestinal pris en bloc, ils nous permettent du moins de nous faire une idée relative de cette durée, en étudiant le temps écoulé depuis le début apparent de la maladie jusqu'à l'acte opératoire.

En classant les observations d'après ce dernier, nous voyons que la *moyenne de l'existence préopératoire* a été de :

	MOIS
Pour les anus contre nature	11,5
Pour les entérectomies suivies d'anus contre nature de	14,9
Pour les entéro-anastomoses	14,8
Pour les entérectomies simples	13,7
— compliquées	17,6
— en plusieurs temps	10,1
— par les voies naturelles	10,8
Pour les laparotomies exploratrices	8

1. Matlakowski, 1892, p. 347; Körte, 1895, p. 528.

Laissons de côté les deux derniers groupes qui ne comprennent que trop peu de cas. Nous voyons que la moyenne d'existence pré-opératoire a été la plus courte, dans la série des anus contre nature et des entérectomies en plusieurs temps. Or, ces deux séries renferment surtout les malades dont le cancer a des tendances « occlusives ». Et il est très vraisemblable que, pour beaucoup d'entre eux, l'existence se serait terminée là, si le chirurgien n'était intervenu. Nous pensons donc que, *chez les cancéreux faisant de l'occlusion ou de l'obstruction, la durée moyenne de l'existence ne dépasse guère un an, très probablement.*

Les entéro-anastomoses, les entérectomies suivies d'anus artificiel, et surtout les entérectomies compliquées donnent les plus longues existences pré-opératoires. L'anastomose n'a été en effet pratiquée que chez des sujets capables de la supporter; ce sont donc des malades en état d'obstruction nulle ou légère, et dont les lésions sont cependant trop avancées pour être opérables. Les entérectomies compliquées représentent des cas à adhérences multiples, à suppurations, etc. Tous ces sujets ont donc vécu pendant seize ou dix-huit mois, sans grands accidents, sans grandes complications, *mais ce sont déjà des cancéreux avancés.*

Entre les deux groupes se placent les entérectomies simples, qui représentent, à certains égards, les sujets de choix.

Mais, si des malades ayant vécu seize et dix-huit mois, sans complications menaçantes pour leur existence, sont déjà cependant des cancéreux à peu près inopérables, il est assez naturel d'admettre que le terme de trois ou quatre ans, admis comme moyenne par König, est peut-être bien élevé. Il en existe certainement un très grand nombre, chez lesquels la *durée apparente* atteint ou dépasse ce chiffre, mais, en somme, ils constituent l'exception.

Pour nous résumer, nous dirons donc que la *durée apparente est peut-être d'un an à quinze mois dans les cancers à tendances occlusives et de deux à trois ans, chez les autres.*

La moyenne de la vie pré-opératoire est la suivante, envisagée au point de vue du *siège* :

SIÈGE	
Cæcum	14,7
Ascendant	15,8
Tranverse et angles	14,8
Descendant	11,9
S iliaque	8,8

On est frappé de la *courte durée des cancers de l'S iliaque et du côlon descendant.* Mais on ne s'en étonnera pas, si l'on se rappelle

que ce sont les cancers sténosants par excellence. Le tableau précédent ne veut donc pas dire qu'ils évoluent plus vite, mais qu'ils restent facilement inaperçus (petitesse de la tumeur), et que leur existence ne se révèle guère que quand ils commencent à devenir infranchissables.

Quant aux cancers de la valvule, qu'on serait en droit de croire très sténosants, ils ne semblent pas l'être plus que ceux du cæcum en général et même moins (moyenne 16,8). On peut expliquer cette anomalie apparente, en supposant que la valvule est plus ou moins rapidement détruite par les fongosités cancéreuses.

B. Sarcomes.

Au point de vue clinique, les sarcomes n'offrent aucun signe spécial. Il semble cependant que le sarcome primitif s'accompagne un peu moins souvent d'hémorragies que les carcinomes. Sur 24 observations[1], on les trouve notées quatre fois; mais dans deux cas, il y avait en même temps invagination[2].

Quant à leur volume, nous avons dit qu'il n'acquiert pas de grandes proportions; il est en moyenne celui des épithéliomes de la région cæcale (œuf à poing), qui en est aussi le siège de prédilection.

Par contre, l'*évolution* est un peu plus rapide que celle des épithéliomes. Les malades (traités chirurgicalement) se sont présentés au chirurgien treize mois environ après le début apparent de leur tumeur; la maladie, dans le cas de Bassini, remontait cependant à cinq ans et dans celui de Lejars peut-être à deux ans; par contre, nous voyons, dans sept cas, la récidive ou la généralisation apparaître dans les deux à sept mois qui ont suivi l'opération[3]. Ce chiffre, quoique faible, est assez édifiant, si l'on tient compte des morts opératoires (8 cas) et des résultats tous donnés moins d'un an après l'opération[4]. Il y a cependant une exception : c'est une malade de Czerny, qui, opérée d'abord d'un sarcome des deux ovaires, est réséquée de l'intestin (transverse) cinq ans plus tard, et se trouve vivante et bien portante dix ans et cinq mois après sa dernière opération[5].

La *terminaison* du cancer se fait au milieu d'accidents graves.

1. Voir leur énumération à l'Anatomie pathologique.
2. Von Baracz, 1891; Keetley, 1896, III.
3, Pavlovf, 1887, I; Becker, 1894, XXXII; W. Meyer, 1894; Keetley, 1896, III; Wickerhauser, 1897; Hahn, 1887; Tokarenko, 1898.
4. Les opérés de Bouilly, de Rosenberger (L. Michel), Gilford, vivaient encore et étaient bien portants après huit, six et 12 mois.
5. Rindfleisch (Czerny), 1893, X. Suites dans Schiller, 1896.

Nous avons vu que l'occlusion et l'obstruction aiguës, réunies, étaient un aboutissant très commun de l'évolution du cancer de l'intestin; sur 426 observations appartenant à la période chirurgicale du cancer, 112 se rapportent à cet état au moment de leur rédaction. C'est dire que l'obstruction emporte tôt ou tard la plupart des malades abandonnés à eux-mêmes.

D'autres, en tout petit nombre, tels les cas de Cruveilhier, de Rindovsky[1], sont enlevés par une diarrhée incoërcible.

D'autres succombent, peut-être comme une de nos anciennes malades, traitée pour obstruction, juste au moment où l'intestin semble vouloir mieux fonctionner. Cette mort doit certainement être mise au compte d'une stercorémie.

D'autres enfin succombent à quelqu'une des complications énumérées plus haut : phlegmons stercoraux, péritonites par perforation, etc.

Bien peu, semble-t-il, meurent de leur « belle mort » : nous voulons dire du simple fait de la cachexie. On n'en rencontre guère d'exemples que chez ceux mis en état de le faire par une intervention chirurgicale.

VII. — DIAGNOSTIC, PRONOSTIC.

SOMMAIRE.

A. Diagnostic. — 1° *Bases du diagnostic.* 2° *Diagnostic différentiel.* 3° *Du siège.* 4° *Des variétés.* 5° *Des complications.*
B. Pronostic.

A. Diagnostic[2].

1° Bases du diagnostic. — Personne n'ignore qu'on ne sait jamais bien ce qu'il y a dans un ventre, que quand on l'a une fois ouvert. Cette remarque est plus vraie que jamais pour le cancer de l'intestin; elle excuse bien des erreurs commises, — et elles sont assez nombreuses.

Dans beaucoup de cas cependant, les trois quarts, ou les trois cinquièmes, le diagnostic semble avoir été relativement aisé.

Le cancer du gros intestin se présente à nous, soit dans une période

1. Th. Rindovsky. *Un cas d'occlusion intestinale incomplète simulant une dilatation de l'estomac.* (*Vratch*, 1893, n° 1, p. 26.

2. Le diagnostic est fort bien exposé, en ce qui concerne les tumeurs cæcales, par le professeur Obraztzovf (*Vratch*, 1898, n° 27 et 28) : *K raspoznavanion raka i bougortchatki cliépoï kichki, bougorkovago peritiphlita*, etc.

de calme, absolue ou relative, soit à l'état d'occlusion parfaite ou imparfaite.

Dans le cas d'occlusion, disons-le tout de suite, le diagnostic peut être tout à fait impossible. Nous parlons d'un diagnostic ferme. En effet, le ballonnement du ventre nous prive de tout renseignement physique ou à peu près et, de plus, les commémoratifs sont parfois nuls. Cependant, l'âge du sujet et l'anamnèse peuvent, dans beaucoup de cas, faire songer avec une très grande vraisemblance à un néoplasme; *a fortiori*, quand on a trouvé antérieurement une tumeur [1], ou quand le toucher vaginal ou rectal permet de la sentir ou de la deviner [2]. D'autre part, il faut savoir se méfier des zones de matité, des empâtements que l'on peut rencontrer et qui, nous l'avons vu, ne répondent souvent qu'à des anses dilatées. Quant au signe de von Wahl (météorisme localisé), il n'indique, en somme, que le siège de l'obstacle, sans nous renseigner sur sa nature.

En cas de cancers bas placés de l'S iliaque, la rectoscopie donnerait la ressource de les reconnaître directement [3].

Dans les *périodes de calme*, le diagnostic est plus aisé. Comme en tout temps, nous avons l'*âge* et l'*anamnèse*. L'âge a une grande importance, mais que d'exceptions! Par contre, l'anamnèse fournit des renseignements de toute première importance; quand on connaît l'histoire du cancer, on découvrira presque toujours un *trouble des fonctions alvines*, constipation ancienne ou croissante, alternatives de diarrhée et de constipation, crises douloureuses avec ou sans obstruction, borborygmes bruyants, matières rubanées, melænas, diarrhée, inappétence, vomissements, amaigrissement, etc. Enfin, au palper, on pourra retrouver une tumeur.

Cette *tumeur est submate*, ou de *sonorité voilée*, comme le remarque avec insistance Matlakowski [4]. Malheureusement, cette tumeur, surtout quand il s'agit de l'S iliaque, échappe trop facilement à l'exploration. En tout cas, la présence de *troubles digestifs, liés aux évacuations alvines, et d'une tumeur inégale, bosselée, submate* et surtout *mobile*, autorise pleinement le diagnostic de cancer de l'intestin. La mobilité est un facteur très important du diagnostic, comme l'a montré, un des premiers, Nothnagel [5] et à sa suite Troïanovf et Obraztzovf. Cette mobilité est due à l'allongement du méso et se

1. Staffel, 1889, II.
2. Voir *Evolution* : occlusion intestinale.
3. James Tuttle. *Local examination and treatment of diseases of the upper end of rectum and sigmoïd flexure.* (*N. Y. med. J.*, 2 juin 1898, p. 2.)
4. Matlakowski, 1892. *l. c.*, p. 326.
5. Nothnagel. *Festschrit zum 100 Jährigen Jubiläum des medicinisch-chirurg. Friedrich-Wilhelms Instituts.* Berlin, 1895, p. 179. Cité par Obraztzovf, *l. c.*

voit surtout dans les premiers stades de la maladie, avant que les adhérences ne se soient formées.

Il est d'usage de signaler la possibilité du rejet et de l'examen microscopique de fragments cancéreux ; mais la chose n'a été réalisée dans aucune des observations que nous avons parcourues.

2° DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Les confusions possibles sont infiniment nombreuses, car il n'est pas d'organe du ventre qui ne puisse, à un moment donné, fournir une tumeur plus ou moins semblable au cancer de l'intestin, et celui-ci, d'autre part, peut, bien que rarement, ne s'accompagner d'aucun trouble fonctionnel un peu typique.

Nous allons dire quelques mots des diagnostics différentiels les plus nécessaires à connaître.

Les *tumeurs des parois* en imposeront rarement pour un cancer de l'intestin ou inversement[1]. La confusion n'est possible qu'au moment où le néoplasme intestinal vient se souder aux plans abdominaux antérieurs ou latéraux. Mais il est généralement aisé de voir qu'il y a quelque chose derrière, et surtout que le fonctionnement du tube digestif n'est pas régulier; mais ce dernier signe manquait justement dans les cas cités en note.

Les *tumeurs de l'épiploon* ou du *mésentère* ne s'accompagnent pas d'ordinaire de symptômes fonctionnels digestifs et elles atteignent généralement un assez fort volume. De plus, elles sont mates; il manque donc la demi-sonorité, le trouble des évacuations alvines et les dimensions ordinairement restreintes du cancer de l'intestin. Mais on comprendra facilement que dans certains cas de cancers intestinaux, plus ou moins silencieux au point de vue fonctionnel, l'un ou l'autre diagnostic puisse être soutenu avec autant de raison[2].

Du côté du *foie* et des *voies biliaires*, les difficultés s'aggravent. Les cancers de l'angle hépatique ou du transverse donnent souvent, en effet, des tiraillements du côté du foie; de plus, la tumeur occupe approximativement la place de la vésicule; certains malades ont eu de l'ictère; quelques-uns même (König, 1899, I) pourraient avoir les deux maladies réunies ou successivement. Voilà de quoi légitimer bien des erreurs ou bien des doutes[3]. Et, en fait, nous voyons quelques malades faire des cures à Carlsbad ou ailleurs, jusqu'au

1. Schede, 1890; O. Bloch, 1892, II; Matlakowski, 1892, II.
2. Belin, 1897; Fenger, 1888; K. Franks, 1889, II; Rindfleisch, 1893, et W. Rose, 1895; Bœckel, 1898, II (Freund diagnostique t. du mésentère, X; Bœckel, t. de l'intestin); Hofmokl, 1888.
3. Sargnon, 1897; Matlakowsky, 1892, I; Petroff, 1897, I; Heberlein, 1897.

jour où, soit une occlusion intestinale aiguë, soit une tumeur, vient mettre le diagnostic sur la bonne piste. Nous avouons qu'il est difficile, tout au début, d'éviter de pareilles erreurs. Nous ne pouvons que formuler la règle très générale suivante : se méfier, chez tout individu ayant dépassé la quarantaine, des troubles digestifs douloureux, où l'irrégularité des selles, à un titre quelconque, semble jouer un rôle. Cette règle est surtout valable pour les cas où le syndrome biliaire — en ce qui concerne la lithiase — apparaît trop incomplet ou atypique. S'il existe une tumeur, on trouve, au moins au début, une zone de sonorité franche entre la tumeur et la région hépatique.

Les *tumeurs de la rate* ou la *rate mobile* étant rares, les cliniciens semblent n'y avoir guère songé. Dans les cas de doute, c'est toujours sur les fonctions alvines qu'il faudrait se rejeter, les tumeurs spléniques n'ayant guère de raison pour les troubler.

Dans la région cæcale, le diagnostic peut devenir très épineux, car on y trouve, en outre du cancer, deux affections assez communes, mais fort différentes : la typhlite ou l'appendicite, et la tuberculose.

L'*appendicite*, dans sa forme aiguë, ne donnerait guère lieu à des méprises; mais on peut très bien se croire en présence d'un cas d'appendicite ou de typhlite. L'embarras augmente, s'il s'y joint de la suppuration. Ruepp donne deux observations où le diagnostic balança longtemps entre le cancer et l'appendicite[1]. L'âge est une première donnée permettant de supposer un cancer; car l'appendicite se développe plus volontiers chez les sujets jeunes. La douleur, dans le cancer, est généralement bien moins vive. La tumeur, si elle existe, est ou bien a été mobile. Enfin, on note généralement des troubles anciens du côté des garde-robes. Mais nous ne prétendons nullement que la solution diagnostique soit aisée à trouver; car le cancer a pu devenir fixe ou suppurer; les symptômes fonctionnels peuvent être nuls ou peu marqués[2]; et finalement les malades être jeunes[3]. Obraztzovf lui-même dit qu'il faut alors s'en remettre à la marche de la maladie.

La *tuberculose* s'en prend volontiers au cæcum et infiltre parfois son méso, constituant ainsi une périty phlite. Il en résulte, d'après Obraztzovf, que la masse cæcale est fixe, et cela dès le début[4]; nous

1. Ruepp, 1895, obs. XIII et XIV, p. 106.
2. Briddon, 1897; Lardennois, 1899, XXXVIII.
3. Schiller (Czerny), 1896, V, VIII.
4. Mais cette règle n'est pas absolue, car nous venons précisément d'observer, avec notre distingué confrère et ami Lardennois, un cas de tuberculose cæcale,

avons vu, au contraire, que le cancer est mobile. Dans la tuberculose, l'hypertrophie des parois cæcales décroît progressivement, tandis que les bords du cancer sont abrupts. Enfin, ce dernier est plus rapidement sténosant que la première. En cas de fistule, on imiterait Bloch, Körte[1], qui ont cherché les bacilles dans le pus. Les antécédents, les bronchites antérieures pourront venir aussi à l'aide, mais le diagnostic peut en être par cela même égaré ou demeurer en suspens[2]. Dans le doute, il faudrait encore pratiquer l'examen bactériologique des selles, qui contiennent des bacilles, dans tous les cas de tuberculose intestinale (Obraztzof).

Une erreur, ou un doute fort commun, consiste à prendre le cancer intestinal pour un *rein mobile*[3]. Cette erreur est très légitime, quand la tumeur est plus ou moins unie, voire même réniforme, et que le malade accuse une douleur initiale analogue à celle du « décrochement rénal »; une observation de Chavannaz (1894, II) en est le type. Pour rejeter le rein mobile, il faut se baser sur la non réductibilité de la tumeur, l'absence de troubles urinaires et la présence de troubles digestifs. De plus, le rein est mat, lisse. Telles sont les bases ordinaires du diagnostic, car nous doutons qu'on ait la chance de Billroth : sentir la valvule et y pénétrer au moyen du toucher vaginal (Salzer, 1892, p. 149). Si la tumeur est bosselée, on peut songer encore à un rein ectopique, devenu néoplasique ou tuberculeux. Les bases du diagnostic sont à peu près les mêmes que tantôt, avec cette différence qu'on n'a plus le droit de tabler sur la non-réductibilité de la masse; par contre, il y aurait l'hématurie ou la pyurie.

Mais il semble vraiment parfois que tout se coalise contre le chirurgien pour l'induire en erreur. Tédenat (1898) a rapporté l'observation d'un malade, hématurique, pyurique, souffrant des reins, et présentant une tumeur de l'hypochondre gauche, réductible sous le rebord costal; comme troubles digestifs, il n'y avait qu'une constipation légère et un peu de dyspepsie. Le diagnostic, fort naturel, de néphrolithiase conduisit à une incision lombaire, par où l'on découvrit un gros épithélioma du côlon descendant. Tous les symptômes rénaux disparurent après la résection du néoplasme, qui comprimait sans doute les vaisseaux du hile rénal.

formant une *tumeur très mobile*, sous-hépatique, et nous en ayant ainsi imposé pour un cancer.

1. Bloch, 1892; Körte, 1895, *l. c.*, p. 530.
2. Frank, 1893, p. 933; F. Dumont, 1893.
3. Borelius (inéd.), V; Owen, 1895; Chavannaz, 1894, II; Hofmokl, 1888; v. Baracz, 1892; Salzer, 1892, VII; Hahn, 1887; Jacobs, 1887; Kummer, 1898. La plupart de ces auteurs admettaient, en outre, la possibilité d'un néoplasme intestinal.

Le diagnostic de rein mobile, de tumeur ou d'affection rénale a conduit en effet plusieurs fois à une néphropexie[1] — inutile —, ou à une incision lombaire[2], qu'on dut prolonger ensuite pour la laparotomie, le rein ayant été trouvé normal.

Parlant d'opérations faites sur la foi d'un diagnostic erroné, rappelons cette opération vaginale, de nature inconnue, pratiquée sur la malade de Watson Cheyne, et une hystérectomie chez celle de Finet[3].

En présence d'un cancer du transverse, on peut songer à une *tumeur de l'estomac ou du pylore*. Cependant, l'hésitation paraît avoir été rare[4], parce que le syndrome intestinal et le syndrome gastrique sont en somme et en général assez différents. König prétend que les tumeurs du pylore se reconnaissent à ce qu'elles descendent dans l'inspiration; mais nous avons vu qu'il en est de même avec les tumeurs de l'intestin.

Citons quelques dernières confusions et qui s'expliquent toutes par une anomalie clinique un peu trop saillante : *tuberculose ganglionnaire iliaque*[5] (il y avait un phlegmon), *coprostase*[6], *invagination*[7], *péritonite*[8]. Dans ces deux derniers cas, les sujets étaient jeunes et l'on répugnait à l'idée d'un cancer; dans celui diagnostiqué coprostase, la tumeur était mollasse. Enfin, dans un cas de Rolleston et M. Shield (1895), la tumeur était *tellement mobile* que les hypothèses les plus diverses furent émises.

Certaines concomitances peuvent être la source de grands embarras. Hamilton (1895) cite un malade porteur d'une hernie et offrant des symptômes d'obstruction; la hernie fut réduite, mais l'obstruction persistant, on supposa une réduction en masse. La laparotomie montra qu'il n'en était rien, et l'on trouva un cancer du gros intestin. Hochenegg, en 1897, a rapporté une série de faits, plus ou moins analogues au précédent, mais qu'il a baptisés du nom de « Combination-ileus ».

Dans un premier cas (obs. I), il trouva une bride péritonéale, la sectionna, établit un anus contre nature, mais six mois après l'obstruction reparaissait, l'anus s'étant refermé dans l'intervalle; deuxième laparotomie : on trouve un rétrécissement cicatriciel, dû à la première

1. Borelius (inédite), 1899, V; E. Owen, 1895. Les malades furent opérés par d'autres chirurgiens que ces deux auteurs.
2. Bassini, 1887; Gilford, 1893; Benissovitch, 1898; Graff, 1896, XV.
3. W. Cheyne, 1895; Finet, 1895 (Bazy).
4. Rindovsky. *Un cas d'occlusion intestinale incomplète simulant une dilatation de l'estomac. Vratch*, 1893, n° 1, p. 26.
5. Laveran, 1875.
6. Thomson, 1892, I.
7. Bloch, 1892.
8. Nimier, 1894, XIV.

opération; résection; neuf mois après la résection, nouvelles crises d'obstruction. Troisième laparotomie : on trouve cette fois un petit cancer sur l'angle gauche du transverse[1]. Chez un second malade (obs. IV), il eut affaire à un cryptorchide hernieux; première laparotomie, où l'on résèque le testicule ectopié, supposé la cause de l'occlusion. Celle-ci ne s'améliorant pas, deuxième laparotomie, où l'on découvre un cancer de l'intestin[2].

3° Diagnostic du siège. — Une fois que le diagnostic de cancer du gros intestin est posé, celui du siège va pour ainsi dire de soi, excepté cependant pour ceux de l'S iliaque, peu abordables au palper. De plus, comme nous l'avons dit, on est exposé à deux sortes d'erreurs à ce point de vue : *a*) celles qui résultent de la ptose ou ectopie de l'intestin devenu cancéreux; *b*) celles qui proviennent de la surdistension fécale d'un segment intestinal (caecum en général) en amont de la tumeur. Mais ce dernier fait, une fois connu, peut aider au contraire, le diagnostic.

Bouveret[3] a bien étudié les signes de cette ectasie caecale : zone de matité ou de submatité à la percussion, sensibilité, présence d'une tumeur cylindrique et bruit de clapotement au palper. La présence de tous ces signes indique un rétrécissement en aval; si donc on n'arrive pas à délimiter une tumeur sur les parties accessibles du transverse ou du descendant, on est parfaitement en droit de conclure à un obstacle sur l'S iliaque. C'est en nous fondant sur une partie de ces signes que nous fîmes le diagnostic dans nos observations I et III; mais ils manquaient dans la deuxième; par contre, il y avait du météorisme localisé et de l'empâtement dans la fosse iliaque et le flanc gauches (cancer de l'S iliaque, dans les trois cas).

Dans les cas embarrassants, on peut encore faire appel à quelques manœuvres adjuvantes. Si le cancer est supposé bas placé, on peut par les *injections* rectales[4], l'introduction d'une *sonde*[5], arriver à se faire une idée sur la place approximative de la néoplasie. Le doigt n'y parvient en effet, que dans des cas fort rares, ou à la condition de procéder à un véritable palper bi-manuel (J. Borelius, III), mais il faut que la tumeur soit sans doute assez grosse et quelque peu prolabée dans le petit bassin. Le *toucher rectal par la méthode de Simon* est jugé par beaucoup une méthode dangereuse. Il nous

1. La malade succomba malheureusement dans cette dernière intervention.
2. Le sujet en subit une troisième pour être débarrassé de la fistule intestinale qu'il retint de sa résection.
3. Bouveret, *Lyon méd.*, 1887, n° 31, p. 445, et *Bull. méd.*, 1890.
4. B. Carlson, 1899, III; Lennander (obs. II, inéd.) pratique la percussion aussitôt après l'injection et trouve alors une matité dont l'étendue le renseigne.
5. De Bovis (inéd.), I.

semble, en tout cas, que les injections ou la sonde peuvent suffire. Les cancers plus haut placés (côlons, cæcum), peuvent être diagnostiqués à l'aide d'injections rectales gazeuses[1]; les côlons se dessinent sous l'influence de la distension et la tumeur se déplace, généralement en haut[2], preuve — non absolue cependant — de ses relations avec l'intestin. Dans le cas d'Heberlein (1897), il est noté que l'injection démontra la *position latérale de la tumeur par rapport au côlon*. On peut l'expliquer par ce fait que la tumeur était intimement soudée au foie, dont on dut réséquer un fragment.

Dans l'observation de J. Tuttle, on put s'assurer de la position de l'obstacle au moyen d'un tube de Kelly (1898).

Treves[3] pratique l'auscultation de l'intestin après injections rectales.

Il va sans dire que le diagnostic topographique devient facile dès que le doigt ou la vue (invaginations et prolapsus rectaux) permet d'arriver indirectement ou directement sur la tumeur.

4° Diagnostic des variétés. — On ne peut guère ici que se livrer à des suppositions. Une tumeur grosse, bosselée, sera considérée comme un encéphaloïde; une tumeur petite, dure, comme un squirrhe. Mais, comme on se trompe facilement sur les dimensions d'une tumeur abdominale et qu'il y a de nombreux intermédiaires, ce ne sera qu'une opinion.

Quant à reconnaître si l'on est en présence d'un *sarcome* ou d'un *carcinome*, c'est impossible; on ne peut guère obtenir que des probabilités extraordinairement vagues, en se fondant sur l'âge et la marche de la maladie.

5° Diagnostic des complications. — Elles sont rares et peu nombreuses; aussi ne croyons-nous pas devoir insister, et renvoyons-nous simplement aux quelques lignes que nous leur avons consacrées plus haut. Disons seulement qu'en l'absence de stercorémie probable, ou d'occlusion intestinale, la fièvre doit faire craindre une suppuration para-néoplasique.

1. Af Schultén, 1890; Senn, 1890, I; Bier, 1895, XIII; Kummer, 1898; Körte, 1895, V; Heberlein, 1897.
2. Af Schultén, 1890; Kummer, 1898; Axel Cedercreutz, 1899.
3. Cité par Jalaguier, *Traité de Chirurgie* de Duplay-Reclus, VI, p. 460.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Du 23 mai au 20 juin 1900.

MM. Gerbault et Cange. — *Un cas de vaginalite chronique biloculaire; excision de la vaginale pariétale, décortication, guérison.* Rapport de **M. Lejars.**

Un jeune soldat se présente avec une grosse tumeur de la moitié droite du scrotum, tumeur développée lentement, à la suite d'un traumatisme de la région subi deux ans auparavant. Elle est ovoïde, confine à l'anneau inguinal externe, et est segmentée par une rigole transversale, en deux parties à peu près égales; la loge supérieure est seule transparente. On porte le diagnostic d'hydrocèle et l'on procède à la cure radicale. On tombe sur une première poche, que l'on prend tout d'abord pour la vaginale, et qui contenait 150 centimètres cubes d'un liquide jaunâtre. Mais une seconde tumeur se présente, qui était la vaginale contenant le testicule et une cuillerée de liquide jaune citron. On ne put découvrir aucune communication entre les deux poches. Le testicule était enserré dans une gangue de production néo-membraneuse. Les auteurs prirent le parti d'exciser la vaginale pariétale épaissie et de libérer le testicule de la gangue fibreuse qui l'enveloppait. Quant à la loge supérieure, elle paraissait dépourvue de parois propres; aussi prit-on le parti de la modifier par des attouchements au thermocautère et on combla la cavité par une suture, après que l'on eut remarqué la formation d'un hématome résultant du saignement en nappe de la surface de cette paroi. Le malade guérit après avoir traversé un incident septique.

Le rapporteur ne pense pas que la dénomination d'hydrocèle biloculaire soit justifiée; il pense plutôt qu'il s'est agi d'une coexistence d'un volumineux kyste du cordon avec une hydrocèle vaginale. Cette coexistence est assez fréquente.

M. Girou (d'Aurillac). — *Corps étranger du vagin.* Rapport de **M. Monod.**

Il s'agit d'un bouchon de liège introduit dans le vagin et que M. Girou eut beaucoup de peine à extraire à cause de l'étroitesse de la vulve.

M. Girou (d'Aurillac). — *Kyste volumineux du ligament large droit et fibrome sous-péritonéal du fond de l'utérus. Ovariotomie et ablation du fibrome. Guérison.* Rapport de **M. Monod.**

Chez une femme de vingt-sept ans, entrée à l'hôpital pour des douleurs

intenses de ventre, accompagnées d'augmentation de volume, M. Girou porta, de par les résultats de l'examen physique, le diagnostic de dégénérescence fibreuse du corps utérin, avec corps fibreux sous-péritonéal pédiculé, et se proposa de faire l'hystérectomie abdominale totale. Or, le ventre ouvert, on constata bien un fibrome sous-péritonéal pédiculé, mais une autre tumeur prise également pour un fibrome, était un kyste inclus dans le ligament large. Le fibrome fut aisément réséqué, après ligature de son pédicule; le kyste fut énucléé, pédiculé sur la corne utérine et réséqué également. La malade guérit en conservant son utérus et ses annexes gauches saines.

Le rapporteur insiste sur la rareté des observations de ce genre, qui, depuis une statistique d'Eugène Monod (de Bordeaux), ne se seraient rencontrées que 24 fois sur 700 cas. On peut les grouper en deux catégories : 1° celles dans lesquelles le kyste de l'ovaire est compliqué de fibrome; 2° celles dans lesquelles c'est le fibrome qui se complique de kyste. — Dans les cas de la seconde catégorie, la conduite à tenir ne présente aucune difficulté; c'est le fibrome qui pose l'indication opératoire, et l'ablation du kyste qui accompagnera celle du fibrome n'aggravera pas sensiblement l'opération. Le rapporteur rapporte deux observations personnelles de ce genre. — C'est aux cas de la première catégorie qu'appartient celui de M. Girou; c'est alors le kyste qui est l'affection prédominante. La conduite à tenir sera forcément différente suivant les cas. Si le fibrome est pédiculé, tout le monde est d'accord pour, le kyste enlevé, faire l'ablation du fibrome et laisser l'utérus en place. Les avis diffèrent seulement quand il s'agit de fibromes interstitiels chez des femmes jeunes. M. Charles Monod n'hésite pas à recommander l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, dont la gravité est devenue peu considérable.

Traitement de la tuberculose du rein. (Suite de la discussion.)

M. Tuffier fait observer que l'ablation du rein tuberculeux est devenue une opération courante, facile et bénigne. Pour sa part il a pratiqué 9 néphrectomies lombaires et a eu 9 guérisons opératoires et thérapeutiques, et 7 néphrotomies lui ont donné 2 guérisons, 3 fistules et 2 morts.

Le diagnostic doit porter sur deux points : reconnaître l'affection et savoir l'état du rein du côté opposé.

Si, dans les cas faciles, l'examen clinique permet de faire un diagnostic sûr, il n'en est pas de même dans les cas difficiles, où le foyer tuberculeux reste encore enfermé dans le parenchyme rénal, ou quand il existe une oblitération complète de l'uretère; le diagnostic de tuberculose n'est alors qu'une probabilité et ne peut être porté qu'à une époque où les lésions sont déjà anciennes.

Le point important est de reconnaître l'état du rein du côté opposé. A cet égard, M. Tuffier considère le cathétérisme des uretères comme une méthode dont il faut savoir se servir, mais surtout se passer. En particulier, dans la tuberculose urinaire il s'en servirait sans enthousiasme. Il répugne à l'idée d'introduire dans un uretère sain un instrument qui a dû traverser

la vessie infectée. Il pense que le cathétérisme uretéral ne donne pas toujours la clef du diagnostic et n'est pas exempt de danger; il cite trois faits à l'appui de cette thèse. Pour ces raisons le cathétérisme uretéral doit être réservé aux cas exceptionnels où les autres procédés d'investigation ne peuvent donner aucun résultat. Or, l'étude de l'urine totale permet d'avoir des présomptions sérieuses sur l'état du filtre rénal; elle n'a jamais trompé M. Tuffier.

En ce qui concerne les conditions opératoires, M. Tuffier pense que la tuberculose rénale ne relève de la chirurgie que dans des cas spéciaux. Toutes les fois que cette localisation bacillaire nuit par son existence à la santé générale du sujet, elle doit être l'objet d'une intervention, et il n'est pas nécessaire pour cela qu'elle soit isolée; dans les cas de localisations multiples, il importe seulement de bien établir la part qui revient aux reins. — A côté de ces indications générales, la détermination de la valeur du rein supposé normal constitue le facteur important. Il faut savoir néanmoins qu'il faut des lésions relativement avancées de ce rein pour qu'un réel danger soit constitué.

Les résultats éloignés de ces interventions sont très encourageants. Presque tous les opérés de M. Tuffier sont encore vivants, et la forme clinique de la tuberculose ne semble avoir aucune influence sur ces résultats définitifs.

Enfin, M. Tuffier s'occupe de la conduite à tenir en face de l'uretère. L'étude des pièces lui a montré qu'il existe une uretérite oblitérante avec épaississement fibro-graisseux périuretéral, et une uretérite ulcéreuse avec dilatation. C'est avec cette seconde forme d'uretérite qu'il considère l'uretérectomie comme nécessaire.

M. Albarran se félicite de voir M. Tuffier reconnaître l'utilité du cathétérisme uretéral dans certains cas. Il le trouve inutile dans deux circonstances : 1° lorsque l'urine recueillie dans la vessie présente sa composition normale, ce qui serait dû à l'oblitération complète d'un uretère, le rein sain déversant seul sa sécrétion dans la vessie; 2° en cas de pyonéphrose tuberculeuse avec des accidents fébriles, puisque dans ce cas, l'opération indiquée serait d'après lui, la néphrostomie et non la néphrectomie.

M. Albarran considère l'oblitération complète d'un uretère comme possible, mais d'une extrême rareté; il en est de même des vraies pyonéphroses tuberculeuses. Si donc on s'en tenait à ces deux contre-indications, le cathétérisme uretéral pourrait être pratiqué dans la majorité des cas, et devrait l'être, puisque M. Tuffier a déclaré que ce cathétérisme doit être réservé aux cas de diagnostic douteux; or, nombreuses déjà sont les observations de tuberculose rénale douteuse ou non soupçonnée, que le cathétérisme uretéral a fait reconnaître. M. Albarran a cité un exemple nouveau qu'il a observé récemment.

Il n'existe actuellement aucun autre procédé d'exploration, ni l'étude de la densité de l'urine ou de son degré cryoscopique, ni celle de la composition chimique ou de l'élimination du bleu de méthylène, capable de permettre d'affirmer l'intégrité d'un des deux reins, lorsqu'on étudie la sécré-

tion réunie des deux organes droit et gauche. Seul le cathétérisme uretéral permet ce diagnostic, car il donne le moyen d'étudier dans le même moment et par tous les procédés, la sécrétion séparée de chaque glande.

M. Albarran affirme encore la parfaite innocuité du cathétérisme de l'uretère et montre que les prétendus accidents invoqués par M. Tuffier chez deux malades vues par M. Albarran ne démontrent en rien que le cathétérisme uretéral soit dangereux dans la tuberculose rénale. Mais, en supposant même que cette méthode puisse donner de temps en temps lieu à des accidents, faut-il la condamner? A ce compte il faudrait condamner de même tous les cathétérismes de tous les canaux.

M. Bazy s'élève contre l'affirmation de M. Albarran que le cathétérisme de l'uretère est un procédé simple, facile, non dangereux, applicable à presque tous les cas. Ce n'est pas un procédé, c'est une véritable opération, qui nécessite surtout l'anesthésie et qui est souvent impossible, ou pour le moins extrêmement difficile. Ce n'est pas non plus un procédé sans danger, car on a publié de ses méfaits, et *a priori* M. Bazy se demande comment on peut, de gaîté de cœur, introduire dans un uretère supposé sain un instrument qui vient forcément de s'infecter au passage dans un milieu septique, d'autant plus qu'il n'est pas douteux que l'introduction d'une sonde dans l'uretère constitue un véritable petit traumatisme s'accompagnant de petites excoriations et de petites hémorragies.

Pour établir l'intégrité d'un rein, le cathétérisme uretéral est inutile. L'étude de la perméabilité au bleu de méthylène suffit amplement et a toujours suffi à M. Bazy dans tous les cas qu'il a eus à soigner. Cette épreuve indique qu'un des reins est sain; or, l'exploration clinique suffit toujours pour dire lequel des deux.

M. Bazy n'admettrait l'utilité du cathétérisme uretéral que pour diagnostiquer les lésions commençantes du rein. Or, il n'est pas encore démontré qu'il soit utile d'intervenir dans les tuberculoses rénales commençantes.

M. Routier estime que le cathétérisme uretéral peut et doit rendre de grands services et il trouve les critiques que lui ont faites MM. Tuffier et Bazy bien sévères et injustes. Les raisons qui font qu'il n'a pas plus souvent recours lui-même au cathétérisme uretéral sont différentes de celles qu'ils invoquent. Malgré les perfectionnements apportés par M. Albarran lui-même à l'instrumentation, le cathétérisme des uretères est un procédé qui n'est pas à la portée de tout le monde et qui, même entre des mains expérimentées, laisse une plaie, soit à cause d'un vice de l'instrument, soit par une difficulté tenant au malade. Néanmoins quand il est possible, il peut donner des indications précieuses, et M. Routier en a retiré parfois beaucoup de profit. Dans tous les cas, il n'a jamais donné lieu à aucun accident.

En ce qui concerne l'intervention, M. Routier est plus disposé à pratiquer une opération dès le début de l'affection, parce qu'un traitement purement médical peut parfaitement enrayer la marche de l'affection. Mais quand une intervention est indiquée, M. Routier est résolument partisan de la néphrectomie.

M. Ricard cite quatre faits personnels, dans lesquels il a fait avec succès la néphrectomie. Dans l'un de ces cas, le malade se plaignait surtout de phénomènes vésicaux; or, l'examen clinique permit de reconnaître que la vessie était saine et qu'il s'agissait d'une tuberculose du rein droit qui fut enlevé. Or, après l'opération les hématuries continuèrent, ce qui indique que le rein gauche était aussi malade, fait que l'examen clinique n'avait pas pu faire constater.

M. Albarran estime qu'il est de la plus grande importance de diagnostiquer de bonne heure la tuberculose unilatérale du rein et que, si l'autre rein est sain, il faut enlever aussi vite que possible le rein tuberculeux. En effet, il est presque de règle que la tuberculose rénale soit d'origine circulatoire et constitue la localisation bacillaire initiale dans l'appareil urinaire; le rein se détruit ensuite lentement et devient un grand foyer d'infection pour l'organisme. Il importe donc de savoir faire ce diagnostic précoce. L'examen chimique des urines prises en masse n'y suffit pas; seul le cathétérisme uretéral peut fournir les indications nécessaires. M. Albarran s'efforce de réduire à néant les critiques soulevées contre ce procédé par M. Bazy et montre que l'épreuve du bleu de méthylène, étudiée dans l'urine globale ne peut renseigner sur la bilatéralité des lésions et qu'elle est susceptible d'induire en erreur.

M. Delbet n'a jamais pratiqué lui-même le cathétérisme des uretères, mais l'a vu faire et l'a fait faire dans un nombre d'affections rénales dont le diagnostic était obscur. Il n'a jamais observé d'accidents et n'a eu qu'à se féliciter d'y avoir eu recours.

M. Walther s'associe aux réflexions de M. Delbet.

M. Reynier considère le cathétérisme uretéral comme un excellent moyen d'exploration; mais il n'est pas dépourvu de dangers et ce n'est pas une exploration facile.

Sur l'asepsie opératoire. (Suite de la discussion.)

M. Rochard est de ceux qui pensent que M. Quénu dépasse le but dans ses efforts pour défendre l'asepsie opératoire. Il s'en tient spécialement à la désinfection des mains. Sous prétexte que les mains ne peuvent être stérilisées, M. Quénu veut que le chirurgien se serve de gants pour toutes les interventions. Mais aussitôt M. Quénu se heurte à des impossibilités et il admet que les gants ne sont pas de mise dans les opérations sur les os, dans le débridement avec les doigts, dans certaines appendicites. M. Rochard estime qu'il en est de même dans toutes les opérations aseptiques. La main gantée n'a pas l'habileté de la main non gantée; elle n'a pas la même délicatesse du tact. Le gant peut se déchirer sans qu'on s'en aperçoive immédiatement, ce qui augmente les chances d'infection opératoire. Pour toutes ces raisons, M. Rochard repousse les gants pour les opérations aseptiques et réserve leur emploi exclusivement, comme moyen de protection, dans les opérations septiques. Il est d'autant plus porté à persévérer dans cette voie, qu'il est parfaitement convaincu qu'on peut aseptiser ses mains d'une façon suffisante pour éviter toute infection de la plaie opératoire.

M. Terrier montre comment, de l'antisepsie, par des modifications successives, les chirurgiens en sont arrivés finalement à l'asepsie pure et simple. Dans la méthode aseptique il reste un point noir, c'est le nettoyage des mains du chirurgien et celui des téguments du malade. Là encore, M. Terrier en est arrivé à ne plus se servir d'antiseptiques, et après un nettoyage au savon et à la brosse, à tremper ses mains dans de l'eau stérilisée ou dans du sérum artificiel, et à les assécher ensuite avec des compresses stérilisées. Cette manière de faire lui a donné de très bons résultats. Aussi ne se sent-il nullement disposé à recourir à l'emploi des gants, avec lesquels la main perd beaucoup de son habileté.

M. Terrier ne pense pas que les mains d'un chirurgien qui fait à la fois des opérations aseptiques et des opérations septiques puissent être stérilisées efficacement par des lavages répétés, suivis de l'immersion dans des antiseptiques. Pour lui, le chirurgien doit faire tout son possible pour ne pas se contaminer les mains. Employer des gants imperméables pour les touchers et les opérations septiques est d'une bonne pratique. Mais il est un procédé bien plus efficace et applicable dans la pratique hospitalière, c'est d'avoir un assistant spécial pour les opérations septiques. Grâce à cette précaution, les résultats obtenus dans son service de la Pitié ont été excellents.

Pour la désinfection des téguments du malade, M. Terrier se sert d'ouate de lin, stérilisable par l'ébullition ou la vapeur sous pression, et de savon antiseptique liquide. Ce lavage fait, on essuie les téguments avec des compresses stérilisées, puis on lave encore avec de l'eau bouillie stérilisée ou du sérum artificiel. Le lavage à l'alcool et à l'éther lui paraissent superflus.

M. Reynier approuve complètement les efforts de M. Quénu pour arriver à assurer une asepsie absolue des opérations. Mais il craint que ce ne soit là courir après une chimère et que ces efforts ne restent vains. Il est naturellement impossible qu'un chirurgien se cantonne dans les opérations aseptiques et qu'un autre chirurgien soit condamné à perpétuité aux opérations septiques. Aussi lui paraît-il plus pratique de rechercher la meilleure manière de désinfecter des mains septiques que de vouloir maintenir ses mains toujours aseptiques. A ce point de vue, le simple brossage et savonnage des mains, quelque prolongés qu'ils soient, sont insuffisants; cela résulte de nombreuses expériences, en particulier de celles que M. Reynier lui-même a entreprises avec M. Josué. La pratique suivante donne d'excellents résultats : Après lavage et brossage prolongé dans l'eau savonneuse sous un robinet d'eau stérilisée chaude, passage des mains dans la solution de permanganate de potasse, le bisulfite de soude et le sublimé. Il importe également, pendant tout le temps de l'opération, de maintenir les mains toujours humides, en les passant souvent dans le sublimé. — M. Reynier rejette absolument les gants pour les opérations aseptiques. Une asepsie absolue des mains est un idéal qu'on ne saurait atteindre; elle n'est heureusement pas indispensable, car on peut compter sur la résistance et la défense des tissus contre les microorganismes.

M. Delbet tient essentiellement à séparer la question de l'asepsie de celle

de l'emploi des gants. Étant un des premiers à avoir montré à quel point les antiseptiques altèrent les tissus, il est opposé à toute espèce d'antiseptiques et pratique exclusivement l'asepsie.

Il a toujours été convaincu de la possibilité d'aseptiser les mains d'une manière absolue, même lorsqu'on vient de manipuler des choses très septiques. Mais il a voulu s'en assurer par des expériences. Avec le concours de MM. Widal et Ravaud il a brossé pendant dix minutes, dans de l'eau, des cultures extrêmement virulentes de staphylocoques, de streptocoques, de bacilles d'Eberth et des microbes anaérobies; il a trempé ses doigts dans des tubes de bouillon. Il s'est lavé ensuite les mains comme il a l'habitude de le faire pour les opérations, et il les a trempées dans d'autres bouillons. Le résultat a été constant; les tubes témoins ont donné des cultures rapides et abondantes, les autres sont restés stériles. Voici maintenant comment M. Delbet procède au lavage de ses mains : Il se sert d'eau très chaude, qui a l'avantage de fondre les graisses et de favoriser leur émulsion; elle détermine en outre, une certaine sudation qui nettoie mécaniqnement les orifices glandulaires. M. Delbet ne procède pas au lavage dans l'eau courante. Dans une eau qui se renouvelle on ne peut pas arriver à avoir une solution de savon assez concentrée pour dissoudre toutes les graisses de l'épiderme; il se lave dans une faible quantité d'eau qu'il renouvelle une fois. Après ce lavage prolongé dans cette eau savonneuse, il recommence le brossage dans l'alcool à 90 degrés, jusqu'à ce que les matières grasses soient bien dissoutes. On se rend compte que ce résultat est obtenu quand l'épiderme, imbibé d'alcool, se laisse mouiller par les solutions aqueuses. M. Delbet plonge donc de temps en temps ses mains dans la liqueur de van Swieten, et quand le sublimé ne glisse plus nulle part, il termine par une immersion d'une minute dans le sublimé.

M. Poirier vient affirmer que la dissection et les travaux de médecine opératoire, sur des sujets soigneusement injectés, non seulement sont d'une parfaite innocuité, mais encore doivent compter au nombre des manipulations que peut se permettre le chirurgien; c'est ce que démontrent des expériences qu'il a fait faire autrefois à M. Charrin et qui ont été reprises ces jours derniers par M. Lœper.

M. Picqué a été frappé par ce fait qu'en ville toutes les plaies réunissent par première intention, tandis qu'à l'hôpital on voit de temps en temps un fil suppurer. Il en accuse l'organisation défectueuse des services d'hôpitaux, qui ne répond plus aux exigences actuelles de la chirurgie, et réclame des réformes.

M. Delanglade (de Marseille). — *De l'incision prérectale des abcès pelviens appendiculaires.*

M. Delanglade a dû recourir à l'incision prérectale pour aborder des abcès pelviens d'origine appendiculaire, dans trois circonstances très différentes. La première fois il s'agissait d'une péritonite à foyers multiples; celui du petit bassin ne put être atteint autrement. Dans les deux autres cas il y avait appendicite primitivement pelvienne. Pour l'une, assistant au début

des accidents, il parut formellement indiqué à M. Delanglade de procéder par le périnée, et ce fut favorable. L'autre présentait déjà, quand il le vit, un prolongement iliaque. L'ayant avec difficulté ouvert par la voie iliaque, il fut obligé, à seize jours d'intervalle, de l'inciser à nouveau par en bas.

L'incision prérectale a sur la voie iliaque deux avantages considérables : 1° elle ne risque pas de rencontrer et d'infecter par l'écoulement du pus, le péritoine libre; 2° elle assure un drainage direct et déclive, quelle que soit l'attitude du sujet. Elle paraît, d'autre part, meilleure que l'incision rectale, et enfin elle semble plus recommandable que l'incision sacrée et parasacrée. Seule la colpotomie lui paraît supérieure; mais cette dernière n'est applicable que chez la femme adulte.

M. Pousson (de Bordeaux). — *Une intervention chirurgicale dans un cas d'infection colibacillaire rénale.*

Un homme de cinquante-six ans vient consulter M. Pousson pour une hématurie qui a commencé après un coït et qui ne cesse plus. Après examen approfondi et après avoir constaté que la vessie se vidait incomplètement, M. Pousson porte le diagnostic d'hématurie congestive chez un prostatique rétentionniste. Un sondage régulier fait disparaître le pissement de sang et semble donner raison au diagnostic, quand subitement l'hématurie reparaît plus violente et plus persistante. La vessie paraissant intacte à l'exploration, on pense en raison de douleurs lombaires vagues, à la possibilité d'une origine rénale. Mais l'examen, pratiqué sous chloroforme, ne révèle rien d'anormal, et au cystoscope on voit une tumeur gris roussâtre que l'on prend pour un néoplasme. Séance tenante on pratique la taille, et l'on trouve que le prétendu néoplasme n'était qu'un caillot, lequel enlevé montre l'orifice uretéral droit, à travers duquel sort du sang. Une sonde uretérale y est placée jusque dans le bassin et la vessie est fermée après la mise à demeure d'une sonde de du Pezzer. La sonde urétrale laisse passer pendant quelques heures de l'urine, puis elle se bouche. Au bout de huit jours la néphrorrhagie se reproduit avec une extrême violence, ce qui nécessite une néphrectomie d'urgence du rein droit. Or, le rein examiné se présente avec l'aspect macroscopique de la tuberculose miliaire aiguë, et il s'agit histologiquement et bactériologiquement d'une infection colibacillaire.

M. Monod a opéré, il y a dix ans, une jeune fille de quinze ans qui paraissait en proie à une infection très intense, dont le point de départ paraissait être dans le rein droit, très tuméfié et douloureux. Pensant à une infection périnéphrétique et une opération s'imposant, M. Monod pratiqua une incision ilio-lombaire et arriva par voie extrapéritonéale sur un rein énorme, de consistance normale et uniforme, ne contenant aucune espèce de collection. Il pratiqua la néphrectomie et constata sur le rein extirpé une série de petits points jaunâtres qui pouvaient être pris pour des tubercules miliaires. M. Netter, qui fit l'examen histo-bactériologique, affirma qu'il ne s'agissait ni de tuberculose ni d'infection purulente, mais ne put se prononcer sur la nature de l'affection.

M. Routier a observé un cas semblable, qui lui avait été envoyé avec le diagnostic de pyélo-néphrite. Il fit la simple néphrotomie suivie de drainage, et le malade guérit.

M. Potherat a également guéri par la simple néphrotomie une malade atteinte de néphrite suppurée unilatérale, d'origine gonococcique.

M. Nélaton. — *Sur un procédé nouveau de rhinoplastie.*

Les différentes méthodes de rhinoplastie, indienne, italienne ou française, sont insuffisantes lorsque le squelette nasal est largement détruit. Les supports empruntés à la greffe animale n'ont pas tenu leurs promesses et le support métallique entraîne trop souvent des suppurations et n'est pas toléré. M. Nélaton a conçu le nouveau procédé suivant, qui est applicable toutes les fois qu'il reste une ogive nasale de 7 à 8 millimètres de saillie.

Un lambeau en fer à cheval est taillé autour du trou béant; la base est au niveau du plancher des fosses nasales; il se rétrécit légèrement pour rester en dedans des points lacrymaux, et se termine à la racine des cheveux. Ce lambeau est disséqué au bistouri et séparé de l'os, mais à sa pointe et sur les bords seulement, et on a soin de laisser une longue bande médiane de ce lambeau adhérent à l'os depuis sa pointe jusqu'au niveau des sinus frontaux. On creuse ensuite de chaque côté, au ciseau et au maillet, un sillon qui entoure la lame externe du diploé depuis le sinus frontal jusque vers la pointe du lambeau. Avec un ciseau plat on s'efforce de décoller cette mince lame externe du diploé, de haut en bas. Arrivé non loin des sinus frontaux, on sépare complètement cette lame de l'os, puis la dissection est continuée plus bas au bistouri et le squelette correspondant à la racine des os propres du nez apparaît. Avec la scie on attaque alors les os propres du nez, et on divise l'apophyse du maxillaire supérieur. Pour reconstituer le nez il suffit de faire plisser ce lambeau au devant de l'orifice des fosses nasales jusqu'à ce que son sommet soit descendu au niveau de la racine, et on le fixe dans cette position par des sutures.

M. Mignon. — *Kystes hydatiques de l'abdomen.*

Il s'agit d'un soldat que M. Mignon a opéré d'un énorme kyste hydatique de l'abdomen, atteignant le volume d'un utérus gravide de six mois. Ce kyste plongeait profondément dans le petit bassin entre la vessie et le rectum.

Après ponction, incision, extirpation de la membrane germinative, écouvillonnage soigné, il en fit le capitonnage d'après la méthode de Delbet. Avant de refermer le ventre, il extirpe encore plusieurs kystes situés au voisinage de la plaie abdominale, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Comme le malade présentait, en outre, une tuméfaction très accentuée du foie, M. Mignon pensa qu'il existait d'autres kystes dans l'intérieur de cet organe, et proposa, un mois après cette première intervention, une nouvelle opération qui fut acceptée. Mais à peine le malade

avait-il pris quelques bouffées de chloroforme qu'il fut pris de syncope et mourut. — L'autopsie montra que le kyste pelvien était oblitéré dans toute sa moitié gauche; la partie droite contenait environ 300 grammes de liquide, une portion de membrane germinative et une vésicule fille. Quant au foié, il était farci de kystes hydatiques juxtaposés et non communicants, dont l'un, énorme, contenait 1250 grammes de liquide. Il y avait en outre, des kystes dans le diaphragme, dans la rate, dans l'épiploon, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans les poumons. Enfin, les deux reins présentaient de l'hydonéphrose due à la compression de l'uretère par le kyste pelvien.

M. Morestin. — *Occlusion intestinale par volvulus et étranglement d'une anse grêle dans une brèche du mésentère.*

Rapport de M. Rochard.

Une femme, récemment accouchée, présente, quelques heures après la délivrance, des symptômes graves d'étranglement interne. On constate, à gauche de l'ombilic, une tumeur arrondie, résistante, mobile, douloureuse et sonore, ce qui avait permis de fixer immédiatement le siège de l'obstacle. Le ventre ouvert, on trouve que cette masse était constituée par une anse grêle, tordue sur elle-même de 180°. Après l'avoir détordue, M. Morestin s'aperçut qu'il existait un second agent d'étranglement : l'anse était en effet étranglée à sa base par une sorte d'anneau rigide, qui n'était autre qu'une brèche existant dans son propre mésentère. Il fut assez facile de dégager l'intestin. La malade guérit.

M. Rochard attribue le succès à la rapidité de l'intervention.

M. Chavannaz (de Bordeaux). — *Torsion de l'épiploon dans une hernie épiploïque compliquée de kyste du cordon.*

Rapport de M. Broca.

Il s'agit d'un enfant chez lequel on avait diagnostiqué depuis longtemps une hernie inguinale compliquée d'hydrocèle. Brusquement, un jour la tumeur devient irréductible. Les tentatives de taxis restant vaines, M. Chavannaz pratique l'opération et constate qu'il s'agissait d'une épiplocèle inguinale compliquée de kyste du cordon. Quant à l'épiploon contenu dans le sac herniaire, la pointe, recourbée sur elle-même, formait une sorte de boucle, d'anneau fixé aux parois du sac. L'opération de cure radicale amène une guérison parfaite.

M. Souligoux présente un malade chez lequel il a pratiqué la *résection d'une grande partie de la cage thoracique pour fistule pleurale.*

M. Arrou présente une femme atteinte de *fracture de la rotule traitée par le cerclage.*

M. Jalaguier présente des malades atteints du *mal de Pott traités par les corsets ininflammables en celluloïd.*

M. Quénu présente un malade opéré d'une volumineuse *tumeur conjonctive récidivée de la parotide.*

M. Monod présente le malade *opéré d'anévrysme poplité* dont il a déjà parlé.

M. Picqué présente deux cas de *cholécystectomie pour fistule biliaire.*

M. Picqué présente deux cas de *résection de l'embouchure de la saphène par dilatations ampullaires du vaisseau.*

M. Kirmisson présente l'appareil de M. Gailmeth appelé *ipsileur.*

M. Guinard présente un malade chez lequel M. Polaillon a *réséqué*, il y a douze ans, *la totalité de l'humérus gauche.*

M. Kirmisson présente un jeune malade atteint d'un volumineux *abcès du foie et de pleurésie appendiculaire droite* et chez lequel il a fait successivement l'opération de l'empyème, puis la résection de l'appendice.

M. Routier présente un *kyste hydatique du foie, traité et guéri par la méthode de Delbet.*

M. Loison présente plusieurs malades *opérés de varicocèle par le procédé de Narath.*

M. Auvray présente un malade atteint de *plaie pénétrante de l'abdomen ayant passé par le diaphragme.*

M. Peyrot présente plusieurs malades ayant subi des *trépanations pour traumatismes du crâne.*

M. Galezowski lit une communication intitulée *Cysticerque sous-rétinien dans la région de la macula.*

M. Reynier présente une malade chez laquelle il a fait une *autoplastie de l'aile du nez par glissement.*

M. Lucas Championnière présente un jeune homme qu'il a opéré il y a douze ans pour une *ectopie testiculaire abdominale double avec double hernie inguinale.*

M. Nélaton présente une femme atteinte *d'actinomycose mammaire.*

M. Rochard présente une *balle extraite du rocher droit* chez un gardien de la paix.

M. Tuffier présente des *fibromes utérins enlevés par énucléation.*

M. Picqué présente un *chondrome du pied* à point de départ osseux.

M. Mignon présente un soldat chez lequel il a pratiqué une *amputation sous-astragalienne.*

M. Reynier présente un *calcul qu'il a extrait du cholédoque.*

M. Monod présente des pièces d'*obstruction intestinale par adhérences appendiculaires.*

M. Potherat présente un *kyste appendiculaire.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON

Séance du 5 avril 1900. — Présidence de M. Fochier.

Sarcome des parois thoraciques avec envahissement pleuro-pulmonaire. Pneumectomie par le procédé de la pince à demeure.

M. Vallas présente le malade dont il a montré les pièces dans une séance précédente. La guérison est complète, sauf une fistule au point d'union des deux incisions en croix, fistule qui ne va pas jusqu'à la plèvre, du reste.

De ses recherches bibliographiques il résulte qu'il n'y a guère que sept observations de pneumectomie pour tumeurs.

Le pneumothorax est le danger le plus grave dans ce genre d'interventions; il a produit plusieurs fois la mort. On a essayé de prévenir ce danger, soit par la production volontaire et lente du pneumothorax (Lawson), soit par la méthode des adhérences que Péan paraît avoir mise le premier en pratique; Roux a conseillé la suture à l'arrière-point. D'autres ont essayé la ligature en masse du point à enlever.

M. Vallas croit que le procédé de la pince à demeure qu'il a employé, n'avait jamais été utilisé avant lui. Il le croit plus sûr que la méthode des sutures, qui expose aux déchirures de la plèvre.

Le seul inconvénient est d'empêcher la réunion *per primam.*

M. Villard rappelle les expériences de Tuffier et Hallion, qui ont pu pratiquer des pneumectomies larges en combattant le retrait du poumon par des insufflations sous pression. On arrive ainsi à éviter le pneumothorax pendant toute l'opération.

M. Gayet rappelle un cas qu'il a observé, de pneumothorax traumatique. Il s'agissait d'un jeune homme qui était tombé d'une grande hauteur sur une grille pointue et s'était ouvert la cavité pleurale.

Or, par une manœuvre très simple, il obtint la suppression du pneumothorax; à chaque inspiration du malade il obturait la plaie; la plèvre se vida ainsi assez rapidement. Il rappelle en outre ses expériences avec M. Chauveau à propos de la guérison des empyèmes.

M. Nové-Josserand dit que dans les conditions normales, c'est plutôt dans les mouvements d'expiration que le poumon se gonfle et tend à venir remplir la cavité pleurale. Cela est facile à constater par la radiographie chez les enfants.

M. Jaboulay dit qu'un procédé simple de produire la dilatation du poumon est de pratiquer une intubation du larynx et d'insuffler par ce tube.

M. Vallas a trouvé dans les travaux de M. Tuffier la confirmation des

faits signalés par M. Gayet. Mais les manœuvres d'obturation et d'ouverture alternatives de la plèvre ne peuvent être de mise pour une opération qui demande de la rapidité et un large accès.

Le procédé de l'insufflation n'est pas encore sorti du domaine expérimental. Si le pneumothorax se produit, au cours de l'opération, le mieux est, à l'exemple de Muller, de harponner le poumon pour l'amener dans la plaie.

Grossesse extra-utérine.

M. A. Pollosson présente une pièce de grossesse extra-utérine. Femme de quarante-deux ans ayant eu quatre grossesses antérieures, la dernière il y a neuf ans. Elle a eu ses dernières règles le 25 janvier; puis dans ces trois dernières semaines, trois poussées successives de douleurs abdominales et d'hémorragie interne, la dernière hier soir. L'opération a permis d'enlever un œuf non rompu avec fœtus vivant qui a remué pendant quelques heures. Il y avait à peu près deux litres de sang liquide dans le péritoine, sans aucun cloisonnement.

L'intéressant, en dehors de ce fœtus vivant après trois poussées successives, réside dans cette série de crises, qui est du reste ordinaire. Or, cette tendance à la récidive est un argument à opposer aux partisans de la temporisation, toute nouvelle hémorragie étant un danger de mort pour la malade.

Contrairement à l'opinion admise, M. Pollosson croit que les femmes qui présentent ces accidents de grossesse extra-utérine ne sont pas des femmes à passé génital pathologique. Dans la plupart des cas qu'il a pu observer il n'y avait pas d'antécédents. Il les a vus chez une jeune fille de dix-sept ans, à sa première grossesse; il a également vu ces accidents chez une femme de quarante-deux ans, à sa douzième grossesse, sans antécédents pathologiques. Il faut en effet des trompes perméables pour permettre la grossesse extra-utérine; et lorsque ces accidents surviennent chez des femmes qui ont un passé gynécologique, il s'agit de femmes dont les lésions sont guéries et chez qui la trompe est rouverte.

M. Gouilloud, qui avait vu la malade, avait facilement diagnostiqué la grossesse extra-utérine. Ce qui l'avait frappé, c'était la vive douleur qu'elle ressentait. Au point de vue du passé gynécologique, il croit à sa fréquence dans l'histoire des grossesses extra-utérines.

M. A. Pollosson rappelle les cas où l'on opère une malade pour une grossesse extra-utérine et où l'on constate l'intégrité de l'autre trompe; puis où on assiste au développement d'une grossesse extra-utérine du côté qui avait paru sain.

M. Fochier se demande comment M. Pollosson pourrait expliquer avec sa théorie la fréquence des enkystements et des transformations en hématocèle rétro-péritonéale, qui sont bien plus fréquentes que l'inondation péritonéale; il faut bien admettre que dans ces cas il s'agissait d'une trompe malade. Dans le cas même de M. Pollosson, il y avait une adhérence ancienne unissant l'épiploon à la trompe.

Au point de vue du manuel opératoire, M. Fochier est partisan du drainage par un Mikulicz.

M. A. Pollosson dit que le fait que les hématocèles suppurent si rarement vient bien à l'appui de son opinion. Quant à l'enkystement, il est d'avis que les adhérences sont secondaires à l'épanchement et non antérieures.

Séance de 26 avril 1900. — Présidence de M. Fochier.

M. Vallas, à propos de sa dernière communication, dit que l'examen histologique de la tumeur de la paroi thoracique enlevée comme cancer, a montré qu'il s'agissait d'une tuberculose limitée sous-pleurale, ayant envahi secondairement les côtes.

M. Fochier insiste sur la difficulté que présente parfois le diagnostic, même microscropique, des lésions tuberculeuses et néoplasiques, notamment dans l'intestin.

MM. Vallas et Villard citent des cas où, dans différentes régions, le diagnostic entre tuberculose et sarcome était impossible.

Fracture ancienne de la rotule. Suture et cerclage.

M. Batut a eu à traiter un soldat atteint de fracture de la rotule datant de quatre mois; il y avait écartement de trois travers de doigt, impotence fonctionnelle. Le plus difficile dans l'opération fut de rapprocher les fragments: un fil de cerclage cassa, un second ne suffit pas à maintenir le contact: il fallut faire une suture. L'opération date de huit mois. L'extension est aujourd'hui complète, mais la flexion est limitée à l'angle droit. La radiographie semble indiquer comme cause de cette limitation une légère saillie sur la face antérieure du fémur.

Dans un autre cas traité par M. Batut, il y avait une fracture à fragments multiples (au nombre de sept); le cerclage a donné à l'orateur un excellent résultat.

M. Vallas félicite M. Batut du résultat obtenu. Il est, en effet, très difficile de rapprocher les fragments dans les fractures anciennes. L'orateur a enlevé complètement le tissu cicatriciel interfragmentaire, car on est en somme, en présence des même difficultés que dans toutes les cicatrices vicieuses et il faut se comporter de même que, par exemple, dans un ectropion de la paupière: enlever le tissu cicatriciel. On peut alors amorcer sa suture et rapprocher des parties saines.

Régénération osseuse sur appareil prothétique interne.

M. Curtillet. Chez une jeune fille qui avait à la suite d'une ostéomyélite du péroné, une perte de substance de 7 à 8 centimètres, il y avait difformité considérable et gêne de la marche. Il fallait redresser le pied et fournir un point d'appui externe pour empêcher la rotation externe. L'auteur se décida à tenter la régénération osseuse sur appareil prothétique interne qui avait donné des résultats à son inventeur, M. Martin, sur des animaux. Une charpente métallique fut fixée à la place de l'os manquant, et remplie de parcelles d'os costaux de chien. Il y eut d'abord de l'infec-

tion, suppuration, et on faillit enlever l'appareil. Cependant on le laissa, a plaie bourgeonnea, se cicatrisa et au bout de quelques semaines l'appareil était presque entièrement recouvert, sauf à sa partie supérieure et inférieure. A ce moment, on se rendit compte que l'appareil ne serait jamais recouvert à ce niveau et on tenta de l'enlever. Mais il tenait si bien qu'on dut en laisser une partie, le tiers supérieur. A partir de ce moment, la guérison marcha rapidement. Il y a deux ans de cela, et l'appareil n'a pas cessé d'être bien toléré, le résultat orthopédique est bon.

Un second cas concerne un enfant ayant une perte de 5 à 6 centimètres du tibia. Comme dans le premier cas, il y avait de la mauvaise attitude du pied, qui était en varus. M. Martin construisit l'appareil nécessaire et vint le placer avec M. Curtillet. L'opération fut simple; on ne fit pas comme dans le premier cas, de drainage. Il n'y eut aucune complication, ni réaction. Dans une radiographie faite deux mois après, on voit que les greffes sont en train de se résorber.

Ce qui ressort de ces faits, c'est la tolérance parfaite des tissus pour ces corps étrangers, même lorsqu'il y a suppuration.

M. Martin rappelle que chez un chien à qui il avait placé un appareil de ce genre, cet appareil s'étant déplacé, était tombé dans les muscles et se mobilisait avec eux. Or, il n'y avait aucune réaction et l'animal ne paraissait pas en souffrir.

Aberrance de l'appendice.

M. Fochier ne désigne pas sous ce nom les variations de siège de l'appendice avec le cæcum, mais des déplacements considérable de l'appendice seul, allongé dans des proportions énormes.

Dans un cas, l'orateur l'a trouvé dans la fosse iliaque gauche; le cæcum était à droite et normal.

Il s'agissait d'un cas de lésions suppuratives des annexes, déjà anciennes, auxquelles s'étaient ajoutées des dégénérescences kystiques de l'ovaire droit; ces kystes en se développant, avaient progressivement repoussé à gauche les anciens foyers inflammatoires. Pendant la dissection laborieuse de ces différentes lésions, on coupa un organe canaliculé, à revêtement interne muqueux, qu'on prit d'abord pour l'uretère; on reconnut bientôt cependant qu'il s'agissait de l'appendice étiré et entraîné loin de sa position normale.

M. Fochier ajoute quelques considérations sur l'anatomie pathologique de l'appendice. Il croit que dans beaucoup de cas où on enlève l'appendice comme cause initiale de la maladie, il n'y a pas inflammation de l'appendice, mais bien des lésions secondaires telles que brides, effacement de la lumière par coudure et adhérences d'origines diverses, d'où cavités closes, kystes appendiculaires, etc.; ce ne sont pas là de vraies appendicites. Il faut donc ne pas trop étendre ce terme d'appendicite.

M. Gouilloud a rencontré des cas de déplacement de l'appendice sous l'influence des adhérences aux organes pelviens; il a vu aussi des appendices entraînés au fond du bassin et qu'il a réséqués, dans l'hystérectomie vaginale.

M. Condamin connaît trois cas de phlegmon du ligament large où des phénomènes d'appendicite se développèrent dans la suite.

M. Villard fait remarquer la difficulté qui existe parfois de diagnostiquer l'appendicite d'avec les suppurations annexielles. Car la trompe, comme l'appendice, peut être fixée en position anormale par des adhérences; ainsi, qu'une infection survienne au cours de la grossesse, et la trompe peut être définitivement fixée dans la position élevée qu'elle occupe à ce moment; et si elle suppure, l'abcès peut avoir tous les caractères d'une appendicite.

M. Bérard a observé des cas comme ceux que signale M. Villard. A propos des relations qu'on a signalées entre l'appendice et les annexes, il rappelle que les recherches qu'il a entreprises à l'amphithéâtre pour la thèse de Dormoy, ne lui ont pas permis de retrouver le ligament appendiculo-ovarien de Clado ; ce qui relie parfois les deux organes, c'est simplement une bride inflammatoire plus ou moins ancienne.

M. Fochier. La conclusion de cette discussion, c'est qu'il ne faut pas trop étendre le cadre de l'appendicite; la notion que l'appendice est dangereuse au voisinage d'une lésion inflammatoire, tend à disparaître. D'autre part, il est exagéré d'attribuer à l'appendice toutes les lésions suppuratives de la fosse iliaque droite.

Séance du 3 mai 1900. — Présidence de M. Fochier.

Cure d'une cicatrice vicieuse de la joue par libération et greffe graisseuse.

M. Nové-Josserand présente une jeune fille de douze ans, chez qui il a traité une cicatrice adhérente au niveau du malaire par l'opération suivante : dissection du tissu cicatriciel et transplantation, dans la plaie, d'un fragment de graisse pris à la cuisse de la malade; suture aux fils métalliques. Le résultat est très satisfaisant.

Exclusion de l'intestin pour anus contre nature lombaire droit d'origine tuberculeuse.

M. Gayet fils présente une malade qu'il a opérée dans le service de M. Ollier. Elle était entrée pour un abcès tuberculeux lombaire qui fut incisé et curetté par M. Ollier. Quelque temps après des matières furent trouvées dans le pansement et il s'établit un anus contre nature. Trois mois plus tard, la malade s'affaiblissant de plus en plus et l'orifice anormal n'ayant aucune tendance à se rétrécir, M. Gayet, qui suppléait alors M. Ollier, se décida à intervenir.

Une première opération par voie para-lombaire n'aboutit qu'à constater l'impossibilité d'une entéroplastie directe. Un peu plus tard on intervint par laparotomie; pour arriver sur les anses malades, profondes et enfoncées sous des adhérences, il fallut agrandir l'incision médiane en sectionnant le muscle grand droit en travers, et, de plus, pratiquer une éviscération presque totale. On put ainsi reconnaître le siège de l'orifice anormal, qui était double et intéressait le côlon ascendant d'une part, et une anse grêle, d'autre part. On fit alors une entéro-anastomose latérale par suture,

unissant l'intestin grêle en amont de la fistule au côlon transverse. Le ventre fut refermé.

Cette opération fut insuffisante, car les matières continuaient à refluer par l'anus contre nature; il restait à les forcer à passer par l'entéro-anastomose.

Pour cela, troisième intervention : laparotomie, recherche de l'entéro-anastomose, section de l'intestin entre celle-ci et les anses fistuleuses. On a ainsi quatre bouts qu'on ferme en culs-de-sac par un double surjet. Le ventre est ensuite refermé. Suites très bénignes.

Actuellement, quatre mois après cette dernière opération, l'état est le suivant. Les matières ont repris, et cela depuis le lendemain de l'opération, le chemin naturel. Par les anciennes fistules lombaires il ne s'écoule que quelques gouttes provenant de la sécrétion de la portion d'intestin exclue (évaluée à environ 1 m. 50). La malade a pris trois kilogrammes; elle a repris ses occupations de ménagère et se déclare très satisfaite.

La cause première de tous ces accidents paraît avoir été une tuberculose localisée de l'intestin, ayant provoqué un travail d'adhérences et d'ulcération des deux anses côlique et grêle dans l'abcès tuberculeux préalablement ouvert.

Ce qui a déterminé M. Gayet a choisir ce procédé de l'exclusion, c'est la grande difficulté d'une extirpation totale ou cure radicale, qui n'eût pas probablement été supportée, étant donné l'état de faiblesse de la malade.

M. Ollier félicite M. Gayet du résultat obtenu; il insiste sur l'étiologie de cette lésion; il avait cru d'abord à une lésion osseuse pelvienne; en l'explorant, il sentit le stylet pénétrer très loin, et le lendemain, la fistule s'établissait. Il croit à une tuberculose primitive de l'intestin.

M. Bérard dit qu'on peut avoir intérêt à faire l'entéro-anastomose dans des parties déclives de l'intestin : côlon descendant, S iliaque, et à obturer dans la même séance l'intestin grêle en aval.

Il rappelle un malade qu'il a observé avec M. Jaboulay, chez lequel ce dernier, pour une tuberculose fistuleuse du cæcum, anastomosa latéralement un point de l'iléon, distant d'environ 20 centimètres du cæcum, avec la fin du côlon descendant; puis il sectionna l'intestin grêle à 10 centimètres au-dessous de l'anastomose et oblitéra les deux bouts en cul-de-sac. Depuis l'opération, les matières reprirent leur cours normal.

Malheureusement les lésions tuberculeuses cæcales n'ont pas subi de changement notable; il a persisté un suintement purulent assez abondant.

M. Nové-Josserand, à propos de l'étiologie du cas présenté, insiste sur l'existence d'une forme perforante de la tuberculose intestinale. Il a rencontré ces perforations chez un enfant mort d'accidents péritonéaux généralisés : l'intestin grêle et le côlon ascendant présentaient un grand nombre de perforations arrondies et certainement primitives, les altérations péritonéales étant très faibles. Dans un autre cas, un enfant opéré pour une volumineuse collection du flanc droit, qualifiée d'appendicite, garda une fistule pyo-stercorale avec accidents septicémiques qui nécessitèrent l'ouverture de la poche. On vit alors que la lésion siégeait non pas

sur le cæcum, mais sur le côlon ascendant, vers l'angle droit du côlon. La lésion mit un an à guérir.

M. Villard trouve qu'à son avis on eût pu intervenir plus simplement, dans le cas présenté, en réséquant d'une part, l'intestin grêle, d'autre part, le gros intestin au niveau des fistules et en faisant une double anastomose termino-terminale. Cette manière de faire n'eût pas exposé à la persistance de la fistule et on n'aurait eu que deux lignes de suture seulement au lieu de cinq. Il reconnaît cependant que l'état des lésions pouvait rendre l'intervention qu'il propose impossible dans le cas particulier.

M. Gayet fils dit qu'en effet l'intestin grêle et le gros intestin étaient noyés dans des adhérences et dans un tissu lipomateux qui eussent rendu la dissection difficile et périlleuse.

M. Ollier revient sur la question pathogénique et rappelle que deux fois déjà il a rencontré des ulcérations intestinales de ce genre. Une d'elles se trouvait sur un tuberculeux avéré.

Séance du 10 mai 1900. — Présidence de M. Fochier.

Anomalie de position de l'omoplate par contracture du rhomboïde.

M. Nové-Josserand présente une jeune fille de quinze ans qui a, pendant plusieurs mois, été considérée comme scoliotique; elle présente, en effet, un degré assez accentué de dos rond, et une très légère scoliose dorsale à convexité droite. L'omoplate, fortement remontée, a subi un mouvement de bascule par suite duquel l'angle externe est fortement abaissé et le bord axillaire tend à devenir horizontal. Par une pression soutenue on peut réduire l'omoplate en position normale; mais bientôt la déformation reparaît. Il s'agit d'une contracture du muscle rhomboïde qu'on voit durcir et faire relief.

Quelques cas, assez rares, ont été publiés par Pravaz, Duchenne de Boulogne. Il est probable que ces contractures existent plus souvent, mais sont confondues avec des scolioses.

M. Fochier a vu des contractures isolées du trapèze, mais n'en a pas rencontré intéressant le rhomboïde; il insiste sur les difficultés du diagnostic.

Œsophagotomie externe pour dentier implanté dans l'œsophage.

M. Laroyenne, interne des hôpitaux, présente la malade au nom de M. Vallas. L'opération remonte à vingt jours et fut pratiquée deux mois et demi après la déglutition du dentier.

Le corps étranger fut retiré sans difficulté, mais en même temps ont été expulsés des lambeaux de muqueuse sphacélée, ainsi qu'un fragment de cartilage trachéal, et on perçoit un sifflement respiratoire qui annonce l'existence d'une perforation de la trachée sur le crochet du dentier. Une sonde à demeure fut placée pendant trois jours; les suites furent des plus simples; actuellement la malade s'alimente naturellement et va quitter l'hôpital.

Il est intéressant de signaler le temps écoulé entre l'accident et l'intervention, et la bénignité des suites opératoires.

M. Nové-Josserand pense que dans bien des cas on peut supprimer tout à fait la sonde. Dans quatre œsophagotomies externes personnelles pour corps étrangers chez des enfants, il n'a pas mis de sonde, et cela n'a pas eu d'inconvénient.

M. Ollier demande à quel niveau a été faite l'œsophagotomie; il pense que la sonde est nécessaire quand l'œsophage a été ouvert très bas.

M. Nové-Josserand répond que l'opération a toujours été faite au lieu d'élection, à la partie moyenne du cou. Il craint l'emploi du panier de Graefe, aveugle, et qui lui a donné un cas de mort par suite des manœuvres compliquées nécessaires pour le dégager du corps étranger qu'il avait accroché sans pouvoir le retirer.

Hydro-salpinx pédiculisé et tordu sur son pédicule.

M. Fochier présente une pièce provenant d'une jeune femme qui avait eu antérieurement trois grossesses et un avortement. Après ce dernier on constata une tumeur indolore. Deux mois et demi plus tard, douleurs violentes et symptômes analogues à ceux de la torsion des kystes de l'ovaire.

L'opération fut très simple; la poche tubaire contenait 3/4 de litre de liquide; elle s'était développée dans une partie seulement du canal tubaire qui a gardé son calibre normal sur une longueur de 5 centim. L'oblitération siège dans le canal, et non au niveau du pavillon comme dans les salpingites.

M. Gouilloud fait ressortir l'intérêt de ce mode d'oblitération de la trompe. Il a opéré un cas de torsion d'une salpingo-ovarite; la femme avait en même temps un gros fibrome qui rétrocéda à la suite d'une castration bilatérale.

Photographie microscopique de l'appendice.

M. Fochier présente des photographies de coupes de l'appendice étiré, dont il a parlé dans une précédente séance. On voit au niveau des glandes une apparence d'ulcération qui a l'aspect d'une plaie granuleuse; il croit que ce n'est qu'une lésion de dégénérescence et que cet appendice est sain.

Séance du 17 mai 1900. — Présidence de M. Fochier.

M. Vallas revient sur le cas d'œsophagotomie externe qu'il a fait présenter au cours de la précédente séance. Il est aussi partisan de la suppression complète de la sonde à demeure; mais dans son cas, elle était nécessitée par l'ancienneté de la lésion et par l'ouverture de voies aériennes.

Indications thérapeutiques de l'appendicite dans l'armée, déduites de la totalité des faits observés dans la quatorzième région en 1898 et 1899.

M. Vallas lit son rapport sur le mémoire de M. le médecin inspecteur Claudot.

Ce mémoire a pour base 67 cas d'appendicite observés en l'espace de deux ans. Cette statistique a l'avantage de porter sur des sujets à peu près de même âge, sains d'ailleurs, présentant ainsi un terrain à peu près uniforme. Ces sujets traités soit par l'auteur, soit par les médecins sous ses ordres, lui ont permis de tirer des conclusions intéressantes.

Les cas ont été divisés en 4 catégories. La première comprend 34 cas traités par les moyens uniquement médicaux, avec un seul décès, soit 3 pour 100 à peine. La seconde comprend 8 cas graves, avec intervention tardive en peine péritonite; il y a eu 8 morts.

Le troisième groupe comprend 14 cas opérés à divers moments, entre le deuxième et le vingt-deuxième jour, tous à une époque jugée favorable. Il fournit deux décès.

Enfin, 9 extirpations à froid ont donné 9 succès. Pour apprécier sainement la valeur du traitement chirurgical, il faut n'envisager que les cas du troisième groupe, cas aigus contre lesquels on est intervenu à l'heure choisie. Il y a eu 14 cas avec 2 décès, soit 14, 28 pour 100; comme en bonne logique il faudrait charger le traitement médical de la plupart des cas de mort du deuxième groupe, où l'opération a été trop retardée, on voit que l'avantage reste à la chirurgie.

M. Vallas fournit sa statistique personnelle : 60 cas, tous opérés.

1° Extirpation à froid : 23 cas, sans mort.

2° Appendicites avec abcès enkystés : 29 cas, 4 morts.

3° Appendicites avec péritonite généralisée ou septicémie grave d'emblée : 8 cas, 6 morts.

En bloc, 60 cas avec 10 morts, soit 16,67 pour 100; et en opérant les mêmes défalcations que M. Claudot, on trouve 29 cas, 4 morts, soit 13,78 pour 100, c'est à dire un chiffre à peu près semblable.

M. Claudot conclut ainsi :

1° En dépit du théorème beaucoup trop absolu de Dieulafoy, il est un assez grand nombre d'appendicites bénignes, quelquefois même douteuses, qui sont justiciables d'un traitement médical, au moins à la première atteinte.

2° En présence d'une appendicite avec symptômes sérieux, la question d'intervention doit être posée immédiatement et examinée avec soin; nécessité du toucher rectal, indiquant les fusées pelviennes qui assombrissent le pronostic.

3° Lorsqu'après une discussion approfondie des symptômes, il semble probable que la laparotomie s'imposera à un moment donné, on doit opérer de suite, sans jamais remettre au lendemain.

4° L'extirpation de l'appendice à froid est une excellente opération.

M. Vallas souscrit à ces conclusions. Il y ajoute quelques considérations.

Pour être sûr d'opérer à froid, il faut attendre longtemps, trois ou quatre mois, sinon on s'expose à tomber sur des abcès latents; il est vrai que ces abcès sont peut être alors stériles comme les vieux abcès du foie ou de la trompe.

Quand à l'opération à chaud, M. Vallas se range parmi les intervention-

nistes; en l'absence de signe pronostic permettant d'apprécier la marche future d'une appendicite au début, il vaudrait mieux opérer si la laparotomie par elle-même ne crée pas un danger supérieur. Or, quand on évite de dépasser la zone inflammatoire, quand on réduit l'intervention à son strict minimum, sans manœuvres prolongées pour chercher un appendice qui se cache, la laparatomie n'est pas dangereuse.

M. Vallas propose d'inscrire M. Claudot sur la liste des candidats au titre de membre titulaire, ce qui est voté à l'unanimité.

Discussion sur le traitement de l'appendicite.

M. Nové-Josserand est d'avis que l'intervention à froid s'impose, même après une seule atteinte.

Le délai de trois ou quatre mois, demandé par M. Vallas, lui paraît trop long; bien souvent trois ou quatre semaines suffisent, sauf lorsque la première atteinte a été grave, avec fièvre, réaction péritonéale, etc. S'il y a du pus, celui-ci se résorbera-t-il plus en trois mois qu'en trois semaines, et ne vaut-il pas mieux lui donner issue le plus tôt possible?

En cas de péritonite généralisée, ou paraissant l'être, il faut toujours opérer; parfois on aura l'heureuse surprise de la trouver plus localisée qu'on ne l'avait prévu d'après la gravité des symptômes.

En cas de collection limitée, il faut toujours intervenir, sauf peut-être dans les formes pré-rectales qui ont une tendance à l'évacuation spontanée par le rectum.

Pour les cas limités, étant donné qu'on ne voit d'ordinaire les malades qu'après le deuxième ou le troisième jour, qu'à ce moment les adhérences de localisation sont bien fragiles, on a peu à gagner et beaucoup à perdre en intervenant de suite.

En résumé, l'orateur pense que dans la plupart des cas l'appendicite conduit à une intervention; mais il s'élève contre l'obligation qu'on a voulu imposer aux chirurgiens, de prendre tout de suite le bistouri dès qu'on a prononcé le nom d'appendicite. Le chirurgien a le droit et le devoir de choisir le moment d'opérer.

Tuberculose osseuse diaphysaire.

M. Gangolphe présente une malade porteur d'une lésion tuberculeuse, siégeant au milieu de la diaphyse fémorale et s'accompagnant d'un énorme abcès qui a été ponctionné. La radiographie montre une lésion limitée de la diaphyse entourée par une zone d'hyperostose assez considérable. Il insiste sur la rareté de cette lésion.

M. Nové-Josserand rappelle un cas semblable de tuberculose de la diaphyse fémorale qui avait produit une fracture spontanée. Ces lésions, rares chez l'adulte, le sont moins chez l'enfant, non seulement sur les petits os de la main et du pied, mais encore sur les grands os des membres.

Séance du 31 mai 1900. — Présidence de M. Fochier.

Luxations congénitales de la hanche traitées par la méthode de Lorenz.

M. Nové-Josserand présente six malades opérées par lui. Deux ont déjà

été montrées à la Société au mois de novembre dernier. Les résultats se sont encore améliorés et actuellement la marche s'exécute sans claudication aucune. Parmi les quatre nouvelles, l'une, opérée à trois ans et demi pour luxation unilatérale, a une réduction vraie et marche sans aucune claudication; une autre, opérée à deux ans et demi pour une luxation bilatérale, a maintenant les têtes fémorales en rapport normal avec le bassin; elle a encore besoin d'exercer ses muscles, mais d'ores et déjà on peut promettre un résultat fonctionnel excellent; enfin, les deux autres ont bénéficié d'une réduction notable, quoique imparfaite; la claudication est actuellement très faible et une amélioration progressive est à prévoir.

Calcul du rein.

M. Albertin présente un calcul du rein.

M. Batut relate à ce propos l'observation d'un malade de quarante-cinq ans qu'il a opéré en 1890, à Bône, pour une vaste tumeur abdominale sous-hépatique, considérée comme un abcès du foie par le médecin traitant. Une incision latérale de la paroi abdominale antérieure évacua du pus en quantité et permit de retirer un gros calcul ramifié du bassinet, du poids de 80 grammes, ayant entraîné une pyonéphrose avec ectopie rénale. Cette observation a été publiée dans le *Marseille médical* de 1890.

Du chlorure d'éthyle comme anesthésique général.

M. A. Pollosson. Les médecins dentistes, en utilisant cet agent comme anesthésique local, ont observé son action anesthésique générale (Carlson, de Gothembourg, Thiesing, de Hildesheim). Les premières recherches furent faites dans le service du professeur von Acker, d'Innsbruck, en 1898, et publiées par Ludwig et Lotheisen, ses assistants; à citer encore la statistique de 400 anesthésies publiée en 1899 par Wiesner, et la thèse de Fritz König, de Berne (1900).

L'orateur a commencé à l'utiliser en octobre 1899, il y a donc sept mois; il a pratiqué environ 200 anesthésies. Le produit dont il s'est servi provient de la Société chimique des usines du Rhône et porte le nom de kélène Monnet; il est contenu dans des ampoules de verre graduées et munies d'une fermeture métallique.

L'anesthésie est rapide et agréable, comparable à celle du protoxyde d'azote. On la pratique au moyen d'un masque hermétique pourvu de deux soupapes, l'une d'aspiration et l'autre d'expiration. Devant la soupape d'aspiration est fixé un petit récipient en forme de grelot dans lequel est versé le kélène sur un petit morceau de coton hydrophile. Ordinairement la dose de 5 centigrammes suffit; au bout d'une minute et de 15 à 20 inspirations profondes, le malade dort, dans bien des cas. Le réveil est très rapide et sans malaise. M. Pollosson a surtout employé l'anesthésie mixte, remplaçant, dès que le sommeil est obtenu, le masque à kélène par l'éther.

M. Nové-Josserand a employé le même agent, chez les enfants, d'une façon courante dans son service, et sans accidents. Cette méthode lui paraît être sans danger, à la condition d'être surveillée de près.

M. Martin préférerait un masque de caoutchouc moins rigide que le masque métallique, et des soupapes plus légères.

M. Fochier voudrait connaître le détail des effets physiologiques : pupille, pouls, respiration; il pense qu'on ne saurait être trop prudent dans l'essai d'un anesthésique nouveau, étant donné que les anciens, malgré leurs inconvénients, sont en général suffisants.

M. Ollier insiste sur les inconvénients d'une instrumentation spéciale et demande si le masque est absolument nécessaire.

M. Pollosson. Le masque est nécessaire pour doser la petite quantité de kélène nécessaire; l'étude physiologique a été faite en détail dans les publications allemandes.

M. Nové-Josserand a observé les phénomènes suivants : le cœur, la respiration ne semblent pas modifiés; les malades sont plutôt congestionnés, mais pas au même degré qu'avec le protoxyde d'azote; il s'agit plutôt d'une vaso-dilatation légère, comparable à celle de l'éther. La pupille se dilate, en général, dès que l'anesthésie est complète; c'est même sur ce signe qu'il se guide pour enlever le masque et appliquer l'éther.

M. Fochier pense qu'un anesthésique qui conduit aussi vite à la dilatation pupillaire doit présenter un certain danger. Dr G. Gayet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du mois de juin. — Présidence de M. Marey.

M. Terrier présente la description d'une pièce dénommée *squelette chirurgical* par son auteur, M. O. Laurent, professeur de médecine opératoire à l'Université de Bruxelles. Ce squelette est enduit d'une couche épaisse de colophane et est destiné à la démonstration des exercices de médecine opératoire.

La colophane reproduit exactement la forme des tissus absents et par sa transparence, permet de voir le squelette qu'elle enveloppe. Le tracé des opérations est indiqué comme sur les anciens modèles.

L'avantage de cette nouvelle méthode réside dans la translucidité de la couche qui permet de se rendre compte de la position exacte du squelette et des articulations par rapport aux masses musculaires sus-jacentes.

Non seulement les opérations faites sur le membre supérieur et le membre inférieur sont indiquées; mais aussi celles à pratiquer sur le crâne, la face, le thorax, la colonne vertébrale et le bassin.

M. R. Blanchard présente une série de préparations microscopiques qui lui ont été adressées par M. Patrick Manson et qui ont faites sous la direction de ce dernier, par le Dr G. C. Low, à l'École de médecine tropicale de Londres. Elles édifient complètement sur le rôle des moustiques dans la *filariose*. Voici comment l'évolution se produirait :

Lorsqu'un moustique pique un homme atteint de filariose, le sang de celui-ci renferme les embryons de la filaire, qui sont ainsi introduits dans l'estomac de l'insecte.

Là, ces embryons se débarrassent en peu d'heures de la gaine hyaline qui les entoure, puis traversent l'estomac du moustique, et tout en grandissant au cours de cette migration, vont se loger dans la masse des muscles du thorax.

Bientôt, au bout d'une quinzaine de jours environ, elles ont atteint leur développement; elle se dirigent alors vers le cou et s'entassent vers le vingtième jour dans la trompe du moustique.

L'insecte, très friand de succion du sang humain, pique et contamine en même temps. A l'instar de la plasmodie paludique, les larves de la filaire sont ainsi introduites dans la peau, où bientôt elles s'accouplent, et l'évolution recommence. Les embryons déversés dans les espaces ou les vaisseaux lymphatiques, sont entraînés par la lymphe jusque dans le sang. Dès lors le cycle évolutif du parasite est achevé.

Les préparations microscopiques de M. Patrick Manson montrent avec une netteté indiscutable les diverses phases de cette migration à travers les tissus de l'insecte.

On voit donc quels problèmes intéressants sont soulevés par l'étude qui précède. Les moustiques, considérés jusqu'à ces temps derniers uniquement comme des insectes gênants et désagréables, viennent de prendre en médecine une importance capitale : voilà que leur piqûre transmet à l'homme deux des plus redoutables maladies parasitaires, le paludisme et la filariose. Il n'est pas douteux que les insectes inoculent encore bien d'autres maladies à l'homme et aux animaux, et la lèpre est au premier rang de celles auxquelles on doit songer. Ces questions nouvelles, à peine ébauchées, engagent la médecine et la chirurgie dans une voie qui, sans aucun doute, sera particulièrement féconde.

M. Lancereaux présente un malade âgé de trente-sept ans, qui a eu en 1886-1887, au Tonkin, des accidents paludiques, sous forme de fièvres intermittentes.

De 1894 à 1898, il souffrait de douleurs vagues dans la tête et les épaules, et de temps à autre, de douleurs thoraciques, lorsqu'au cours de cette dernière année, apparut *une tumeur anévrismale* qui finit par perforer la première portion du sternum.

En octobre 1898, il entra à l'hôpital, où il lui fut pratiqué par le Dr Paulesco, dans l'espace de huit mois, trente-six injections d'une solution au centième de gélatine dans le sérum artificiel. Sous cette influence, la tumeur durcit et se rétracta légèrement.

A porter de juin 1899, le malade retourna chez lui; depuis cette époque, il s'est toujours bien porté et a engraissé de 10 kilogrammes.

Il se promène, mais ne fait aucun effort; comme on peut s'en convaincre facilement, la tumeur, bien qu'encore soulevée par des battements, est aujourd'hui devenue très dure; son volume extérieur accuse 6 à 8 centimètres de diamètre. L'apparence du malade est bonne, le facies est coloré; la santé générale est excellente. Alors qu'autrefois ce malade ne pouvait marcher que courbé, il est aujourd'hui très droit; de plus, il peut dormir sur le dos, ce qu'il ne pouvait faire depuis longtemps.

M. J. L. Championnière présente un *cas de cryptorchidie vraie*, c'est-à-dire *d'ectopie abdominale double*. Il s'agit d'un sujet opéré par lui il y a plus de douze ans. Il l'avait vu enfant, très chétif, à l'âge de onze ans, porteur de deux hernies inguinales, dont l'une très douloureuse; les deux testicules restaient tout à fait inclus dans l'abdomen. La verge était d'un développement insignifiant. En deux opérations, faites en 1888, M. Championnière fit la cure radicale de chaque hernie par sa méthode, put sortir les testicules de l'abdomen et après dissection, les abaisser et les fixer au niveau des bourses. Immédiatement à la suite de ces interventions le sujet vit ses douleurs disparaître et subit un développement extraordinaire. Aujourd'hui, il est vigoureux, bien développé. Les hernies sont restées guéries dans les meilleures conditions. Les testicules sont remontés vers la racine de la verge; le droit est volumineux et sensible; le gauche, petit et remonté dans l'aine, était douloureux pendant le travail. M. Championnière vient d'en faire l'ablation. M. Cornil, qui a bien voulu l'examiner, a constaté que l'organe avait tous les caractères d'un testicule atrophique, avec absence absolue de spermatogenèse. Cependant, tous les éléments du testicule sont conservés. Aujourd'hui le sujet a toutes les apparences d'un fonctionnement régulier des organes génitaux.

Ce cas paraît très intéressant à M. J. L. Championnière, l'observation étant probablement unique. Dans toutes les opérations faites pour *cryptorchidie*, M. Championnière n'a trouvé que des cas d'*ectopie inguinale*. Aucun cas identique à celui-ci n'a pu être relevé.

Malgré des conditions opératoires très défectueuses en apparence, la guérison des hernies s'est parfaitement maintenue sans aucune application de bandage. Si les testicules ne sont pas restés au niveau d'un scrotum créé de toutes pièces, au moins ont-ils donné pour la santé générale du sujet et pour son développement génital des résultats très satisfaisants.

M. Championnière a eu l'occasion d'opérer de nombreux cas d'ectopie testiculaire avec hernie inguinale (42 opérations), en faisant 25 fixations du testicule et 17 castrations. Tous ses résultats ont été parfaits au point de vue de la hernie qui accompagne à peu près toujours l'ectopie.

M. Championnière est intervenu dans cinq autres cas d'ectopie inguinale double, les cas que l'on désigne ordinairement à tort comme cryptorchidie. Dans quatre de ces cas il a opéré des deux côtés. Pour deux sujets les deux testicules ont été abaissés. L'un des sujets a été revu au bout de huit ans, l'autre au bout de quatre ans. Bien qu'avec un peu d'ascension d'un côté, dans les deux cas le résultat était bon. Dans les deux autres cas, le testicule avait été conservé d'un côté et sacrifié de l'autre, où il était atrophié et impossible à abaisser. Résultats excellents au point de vue de la hernie et de la conservation des fonctions génitales.

Sur les trente-deux sujets restants il a été fait 15 castrations et 17 fixations du testicule dans les bourses.

Pour toutes ces fixations, M. Championnière montre que la difficulté opératoire tient à la présence de trousseaux fibreux qui retiennent le testicule en haut. C'est du succès de la dissection de ces trousseaux fibreux et

de leur plus ou moins de résistance que dépendra le succès de l'opération et non du mode de fixation dans les bourses, qui est à peu près indifférent. En d'autres termes, si la destruction de ces vaisseaux fibreux est complète, et si, après leur destruction, le canal déférent a une longueur normale qui permette la descente dans les bourses, le moindre agent de fixation du testicule à la peau du scrotum suffira; si cet obstacle à l'abaissement du testicule est impossible à surmonter, la castration est la seule opération rationnelle.

Chez les très jeunes sujets l'ectopie n'est pas fixe et disparaît spontanément. L'application des bandages est plus nuisible qu'utile. La cure de la hernie ne lui a jamais, dans ces cas, donné de récidive. On ne doit recourir à la castration que dans les cas dans lesquels elle est tout à fait inévitable. La conservation d'un testicule, même médiocre, est d'intérêt capital aussi bien pour les réflexes génitaux que pour l'influence exercée sur le développement moral et la santé générale du sujet.

M. A. Poncet (de Lyon) fait en nom, et au nom de M. Lucien Mayet, interne des hôpitaux de Lyon, une communication sur la *répartition géographique du goitre en France.*

C'est grâce aux documents nouveaux résumant les opérations des conseils de revision, pendant la période de dix années (1887-1896), que ces deux auteurs ont pu établir le coefficient de la fréquence du goitre dans chaque département, et, en s'appuyant sur des chiffres nouveaux, formuler des conclusions qui peuvent être regardées comme l'expression aussi exacte que possible de la réalité. Par cela même, elles acquièrent un intérêt pratique.

Ces conclusions sont les suivantes :

Les régions où le goitre se rencontre avec une certaine fréquence ne se sont pas sensiblement déplacées dans l'espace d'un siècle.

La surface occupée par l'endémie paraît avoir diminué d'étendue, surtout depuis cinquante ans.

Si dans quelques départements la fréquence du goitre a augmenté, elle a d'une façon indéniable, diminué pour l'ensemble de la France, et cela dans les limites qu'il ne semble pas possible actuellement de préciser.

Peut-on indiquer avec une approximation suffisante le nombre des individus aujourd'hui atteints de goitre en France?

Théoriquement, oui. Pratiquement, très probablement non.

Baillarger proposait le chiffre de 500 000.

Personnellement, MM. A. Poncet et L. Mayet ont obtenu celui de 375 000 à 400 000.

L'un et l'autre de ces chiffres sont évidemment trop faibles. On peut toutefois les regarder comme un minimum, certainement de beaucoup au-dessous de la réalité.

Quant aux relations de fréquence du goitre et du crétinisme, dont les rapports de cause à effet sont si bien établis depuis quelques années, il n'existe aucun document permettant seulement de les soupçonner.

Péraire.

BIBLIOGRAPHIE.

Un contemporain de Daviel. Les œuvres de Pierre-François Bénézet-Pamard, chirurgien et dentiste, 1728-1793. Editées pour la première fois d'après ses manuscrits par son arrière-petit-fils, le Dr **Alfred Pamard**, associé national de l'Académie de Médecine, et le Dr **P. Pansier**. — 1 vol., Paris, chez Masson, 1900.

C'est une bonne pensée qu'a eue notre collègue A. Pamard de faire revivre la figure de son arrière-grand-père et de publier ses travaux, qui jettent un jour tout nouveau sur l'histoire de l'opération de la cataracte par extraction.

Né en 1728 à Avignon, Pierre-François Bénézet-Pamard, fils et petit-fils de chirurgiens déjà connus, acquit une réputation d'opérateur qui s'étendit à tout le midi de la France; ses travaux lui valurent d'être nommé correspondant, puis associé de l'Académie royale de Chirurgie. Sa ville natale, craignant de le voir s'éloigner, lui alloua en 1767 une pension de cinq cents livres; il mourut en 1793, laissant un fils, qui fut aussi un chirurgien distingué. Il est très intéressant de lire la notice biographique et bibliographique, due au Dr Pansier, qui commence le volume; elle donne une idée exacte de la vie et des études de Pierre Pamard, avec une analyse très fidèle de ses divers travaux.

Puis suivent trois mémoires sur la cataracte : le premier, du 27 août 1759, présenté à l'Académie royale de Chirurgie avec le titre *Mémoire sur l'opération de la cataracte par extraction, où l'on propose des instruments pour la rendre plus sûre*, et le dessin des instruments; le second de 1760, *Réponse aux objections faites par l'Académie royale de Chirurgie*; enfin, le troisième *Mémoire sur la cataracte, avec figures*, du 28 octobre 1763, avec le sous-titre : *Dissertation sur la cataracte et sur les différents moyens de faire l'opération qui convient le mieux à cette maladie.*

C'est dans ces trois mémoires que se trouvent décrits les instruments inventés par Pamard : le *Trèfle* que nous ne connaissons que sous le nom de *Pique*, et un *Couteau* à forme et à dimensions calculées mathématiquement; les couteaux de Wenzel, de Richter et de De Beer n'en sont que l'imitation. On y trouve, exposé et représenté par des dessins, son procédé opératoire qui consiste à immobiliser l'œil entre le trèfle et le couteau piquant à la fois la cornée en deux points opposés, puis à faire l'incision en un seul temps.

Suivent des observations sur l'extraction des cataractes secondaires membraneuses (1768), et deux travaux datés de 1786, qui sont des articles de polémique, où il défend son procédé, presque toujours inexactement décrit.

L'observation sur la *Première opération de la cataracte faite par l'incision de la partie supérieure de la cornée, le 13 août 1784* (Mémoire envoyé à l'Académie royale de Chirurgie), et l'observation *Sur la nouvelle opération de la cataracte par rétraction, dite par le haut appareil, 22 septembre 1784*, permettent de rétablir la vérité historique sur ce point : c'est Pamard, et non Wenzel, Richter ou Santerelli, qui a été le premier à faire la kératotomie supérieure pour extraire le cristallin opaque.

Dans deux autres mémoires, il expose ses idées sur la liaison qui existe entre la cataracte, la pierre et la goutte.

Il est à regretter qu'il ait laissé inachevé un *Traité de la cataracte* : les deux seuls chapitres terminés, le premier sur l'anatomie de l'œil, le second sur l'opération par abaissement, sont traités de façon vraiment magistrale.

Dans trois notes sur le *strabisme*, il expose ses vues personnelles sur la nature et le traitement de la maladie : l'une d'elles est une réponse très vive aux critiques d'un médecin d'Arles.

Une observation de blessure de la cornée par une pointe de roseau lui donne occasion de décrire et de dessiner une pince destinée à fixer l'œil, qui est tout aussi pratique que celles imaginées depuis.

Dans une note sur le *Traitement de la fistule lacrymale*, il décrit son procédé : une sonde avec ressort destinée à ramener un séton par le canal nasal.

Il cite une observation dans laquelle le mercure, employé en frictions, eut rapidement raison d'une inflammation de l'œil résultant d'une opération de staphylome.

Vient ensuite un mémoire important sur la *Désarticulation de la hanche* : ce travail avait, sans doute, été fait en vue du concours de l'Académie royale de Chirurgie. La question fut posée en 1756 : douze mémoires furent envoyés, dont l'Académie fut peu satisfaite; elle renvoya le concours en 1759. Trente-quatre mémoires furent déposés cette fois; ce fut Barbet qui eut le prix (V. *Prix de l'Académie royale de Chirurgie*, t. IV. Introduction, page IX et suivantes). Le travail de Pamard nous paraît plus intéressant et plus complet; on y retrouve ses idées particulièrement originales sur la diète et les humectants comme régime à imposer aux opérés, son esprit ingénieux à inventer des appareils et sa connaissance approfondie de l'anatomie. Il est d'avis de commencer l'opération par la ligature de la crurale, ainsi que le conseille le professeur Farabeuf.

Suivent deux mémoires sur l'*Ablation des polypes naso-pharyngiens*. Dans le premier, après avoir rendu justice à Maurer, qui, en 1717, avait osé le premier attaquer une de ces tumeurs, en fendant le voile du palais, il critique son procédé d'ablation partielle, qui fait diminuer la prise sur la tumeur et amène des hémorragies dangereuses. Ces critiques ne furent pas du goût de Manne, et il en résulta une polémique des plus vives. Ce mémoire, est incomplet et ne contient que la partie théorique : il est heureusement suivi d'un second, où se trouve exposé le procédé opératoire qu'il avait imaginé, avec figures à l'appui, représentant les divers instruments qu'il avait inventés et leur mode d'application.

Si l'on veut avoir une idée de la puissance de travail et de l'activité de

cet homme vraiment extraordinaire, on n'a qu'à se reporter à la page 50 de la notice historique et bibliographique qui commence le volume. On y trouve l'énumération, pourtant incomplète, paraît-il, de ses travaux : on voit que, en dehors de l'oculistique et de la chirurgie, il a traité les sujets les plus divers. Il ne dédaigna pas le culte des Muses, et on trouve à la fin du volume des extraits de ses œuvres poétiques, qui ne manquent pas d'intérêt.

Il mania d'une main fort habile le pinceau et le burin : son arrière-petit-fils a chez lui les portraits qu'il avait faits de son père à son lit de mort et de son fils à l'âge de dix-neuf ans, avec un certain nombre de planches anatomiques.

Il avait entrepris de représenter artificiellement les diverses parties du corps humain, devançant ainsi Auzoux de près d'un siècle : il commença par la tête, qui est reproduite plus grande que nature, coupée suivant la ligne médiane; toutes les parties se démontent et permettent d'étudier l'anatomie du cerveau. Il avait exécuté de même l'œil et l'oreille. Ces pièces sont représentées dans le cours de l'ouvrage par des photogravures qui en donnent une idée.

Viennent les pièces justificatives, qui comprennent :

1° Des actes de l'état civil; 2° Les diplômes de *Magister in Arte barberiæ et chirurgiæ* des quatre premiers Pamard, leurs diplômes de *Maître es Arts*, etc.; 3° Des pièces notariées, telles que contrat d'apprentissage, intéressantes au point de vue des mœurs chirurgicales de l'époque; 4° Des lettres de nomination à diverses fonctions ou dignités; 5° Sa correspondance avec Andouillet, Le Cat, Louis, Pouteau, Pomme. Les neuf lettres adressées à Calvet méritent tout particulièrement d'être lues; elles sont écrites à cœur ouvert, elles donnent des détails sur les mœurs professionnelles et sur les épreuves, les succès, la vie de Pamard; 6° Des extraits de ses œuvres poétiques; 7° Un extrait du livre des Conclusions et de la réception des maîtres en chirurgie de cette ville d'Avignon.

On y trouve les dates des examens et les questions posées pour être admis à la maîtrise :

1° de Pierre; 2° de Nicolas-Dominique; 3° de Pierre-François-Bénézet; 4° de Jean-Baptiste-Antonin-Bénézet.

Le volume se termine par l'éloge de Pierre-François-Bénézet Pamard, lu en séance publique de l'Athénée de Vaucluse, par son fils le 5 vendémiaire an XI.

C'est là un beau volume, qui a sa place dans la bibliothèque non seulement de tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie et à l'oculistique, mais encore de ceux qui font de l'histoire de notre profession le but de leurs travaux. Il nous permet de suivre, pendant tout le XVIIIe siècle, cette famille de chirurgiens, qui s'est continuée pendant le XIXe, et empiètera sur le XXe : il y a, en effet, parmi les élèves de nos hôpitaux parisiens le fils de celui qui publie le volume, lequel est un acte de piété filiale, mais aussi de revendication.

F. T.

Le propriétaire-gérant : FÉLIX ALCAN.

Coulommiers. — Imp. PAUL BRODARD.

DE L'EXCLUSION DE L'INTESTIN

Par MM. F. TERRIER et A. GOSSET.

L'exclusion de l'intestin est encore peu connue en France. L'un de nous ayant pratiqué il y a quelques mois la première opération de ce genre qui ait été, croyons-nous, faite dans notre pays, nous en profiterons pour essayer une étude d'ensemble de cette variété d'entéro-anastomose.

On a le choix, pour pratiquer l'entéro-anastomose, entre trois façons de procéder :

1° Aboucher purement et simplement deux anses intestinales : c'est *l'entéro-anastomose simple*, telle qu'elle a été imaginée par Maisonneuve, en 1853[1] ;

2° Combiner l'entéro-anastomose à la résection intestinale, c'est-à-dire réséquer une portion plus ou moins étendue d'intestin, et terminer l'opération en rétablissant la continuité du tube intestinal : α) soit par l'abouchement bout à bout, c'est-à-dire par entérorraphie circulaire; β) soit, ce qui est préférable, par entéro-anastomose latérale ;

3° Enfin, dans un troisième procédé, on sectionne l'anse intestinale malade et on rétablit soit par entérorraphie circulaire, soit par entéro-anastomose latérale, la continuité de l'intestin ; mais ce qui constitue la caractéristique de cette manière de faire, c'est que l'on abandonne dans l'intérieur de la cavité abdominale l'anse malade dont on a ainsi supprimé toute communication avec le reste de l'intestin. En d'autres termes, c'est une entéro-anastomose avec double section de l'intestin, de façon à *isoler la partie malade de l'intestin*, sans avoir cependant à l'extirper.

Cette troisième variété tient le milieu entre l'entéro-anastomose de Maisonneuve et l'entéro-anastomose latérale avec résection intestinale. C'est à elle que l'on donne le nom d'*exclusion de l'intestin*.

1. Maisonneuve. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1853-1854. Paris, 1854, 1er février, p. 381. — Mémoire sur l'anastomose intestinale, lu à l'Académie des Sciences, in *Clinique chirurgicale de Maisonneuve*, Paris, 1864, t. II p. 488-496.

Une fois l'opération achevée, l'anse malade demeure dans l'abdomen, mais se trouve isolée, *exclue*, du reste de l'intestin.

Pour obtenir l'exclusion d'une portion d'intestin, on est obligé de sectionner deux fois l'intestin au-dessus et au-dessous de la lésion. Puis, la continuité de l'intestin étant rétablie, il reste à traiter l'*anse exclue*.

On peut : α) l'isoler complètement, c'est-à-dire la rentrer en totalité dans l'abdomen, après avoir fermé ses deux extrémités : *c'est l'exclusion totale* (totale Darmausschaltung).

β) L'isoler incomplètement, en abouchant l'un des bouts à la peau, après fermeture de l'autre; c'est l'*exclusion partielle* (partielle Darmausschaltung).

γ) Ou encore aboucher les deux bouts à la peau.

Ces termes d'*exclusion totale* et d'*exclusion partielle* ne sont pas irréprochables. Pour éviter toute confusion, il vaudrait mieux dire : *Exclusion de l'intestin avec occlusion totale*; *Exclusion de l'intestin avec occlusion partielle.*

HISTORIQUE.

L'exclusion de l'intestin a été surtout pratiquée en Allemagne, mais c'est plus particulièrement à Vienne, à Prague, à Cracovie qu'ont été soigneusement étudiées les conditions dans lesquelles elle doit être faite.

Primitivement, on eut recours à l'exclusion de l'intestin dans un but expérimental. Les physiologistes, désireux d'étudier les caractères et les propriétés du suc intestinal, cherchèrent à recueillir en abondance le produit de sécrétion de l'intestin, en pratiquant l'*exclusion* d'un segment intestinal (Ausschaltung).

Les premières expériences faites dans cette voie appartiennent à Thiry[1] (1864). Par une plaie de la paroi abdominale, Thiry attire une anse d'intestin et la sectionne à ses deux extrémités, tout en respectant le mésentère. Entre le bout proximal et le bout distal, il pratique l'entérorraphie circulaire et les choses se trouvent ainsi remises en état, avec cette particularité qu'une anse intestinale est *exclue* du reste du conduit. L'anse isolée, *exclue*, est suturée par une de ses extrémités à la paroi abdominale, pendant que l'on ferme et suture l'autre bout.

1. L. Thiry. *Ueber eine neue Methode den. Dunndarm. zu isoliren* (*Silzungb. d. k. k. Akadem. der Wissensch. zu Wien*, 1864).

En 1888, Vella[1] (de Bologne) fait quelque chose de tout à fait semblable, avec cette légère différence qu'il suture à la peau non pas un seul bout, mais les deux bouts de l'anse isolée. Et depuis cette époque, l'opération qui consiste à isoler une anse d'intestin dans le but d'en recueillir le produit de sécrétion est connue dans les laboratoires de physiologie sous le nom d'*expérience de Thiry-Vella*.

C'est en 1885 que l'exclusion de l'intestin est pratiquée pour la première fois par les chirurgiens.

Trendelenburg (de Bonn), à propos d'un carcinome cæcal avec fistule stercorale, fait l'anastomose de l'iléon et du côlon, et ferme les deux bouts de la portion exclue. L'opération fut pratiquée le 2 décembre 1885, et le malade mourut de péritonite. Trendelenburg paraît du reste n'avoir attaché aucune importance à ce cas. Il le publia sans mention spéciale, au milieu d'une série d'observations d'entéro-anastomose, et c'est seulement neuf ans plus tard que Ernst Becker[2], dans le compte rendu de la clinique chirurgicale de l'Université de Bonn, exhuma cette observation et en montra l'importance. C'est donc Trendelenburg qui, le premier et sans le savoir, pratiqua sur l'homme l'opération de Thiry-Vella. C'est à lui qu'appartient incontestablement la priorité pour l'exclusion de l'intestin. Voici, du reste, le résumé de cette observation.

Carcinome du cæcum avec fistules stercorales. Entéro-anastomose. Péritonite. Mort.

W..., âgée de cinquante ans. Entrée le 11 novembre, morte le 8 décembre 1885.

Opération le 2 décembre 1885. Laparotomie. Incision de 25 centimètres de longueur au-dessus du ligament de Poupart. Le point de l'intestin où l'iléon se transforme en côlon adhère à la paroi abdominale et constitue l'anus contre nature. Cette portion de l'intestin est occupée par une tumeur solide, de la grosseur du poing. Comme on rencontre, en outre, sur la séreuse intestinale et sur l'épiploon, un grand nombre de nodules carcinomateux, on renonce à l'extirpation. On coupe seulement, à une distance de 7 centimètres de la tumeur, les bouts afférent et efférent et on anastomose les bouts intermédiaires libres, c'est-à-dire le bout inférieur du côlon et le bout supérieur de l'iléon, par deux rangées de sutures à la Lembert. Chaque bout intestinal attenant à la tumeur est invaginé en lui-même et fermé en cul-de-sac au moyen de sutures de Lembert. On n'a exécuté de

1. Vella. *Neues Verfahren zur Gewinnung reinen Darmsaftes und Festtellungen seiner physiologischen Eigenschaften* (*Untersuchungen zur Naturlehre von S. Moleschott*. Bd. XIII, S. 40, 1888).

2. Ernst Becker. *Aus der chirurgischen Universitäts Klinik zu Bonn. Ueber Darmresectionen* (*Deutsche Zeitschr. f. Ch.*, Bd. 39, S. 148-230, Leipzig. 1894).

cette façon que l'exclusion de la portion malade du tube intestinal. Fermeture de la paroi abdominale.

Nicholas Senn[1] (de Milwaukee) étudie en 1887 l'exclusion de l'intestin, mais seulement au point de vue tout spécial de l'obstruction intestinale. De ses recherches expérimentales il conclut que l'exclusion d'une portion étendue d'intestin ne nuit pas autant à la digestion, à l'absorption et à la nutrition que l'ablation d'une portion égale par résection. Il observe en outre, sur les animaux en expérience, que la portion exclue subit une atrophie progressive, et fait remarquer que l'accumulation de matières septiques ne se produit pas dans la portion exclue du canal intestinal.

En 1890, Hermann[2], physiologiste, fait des recherches sur les propriétés de l'intestin, au moyen de ce procédé d'exclusion qui n'a encore été employé qu'une seule fois chez l'homme, et suture bout à bout les deux extrémités de la portion exclue, de façon à obtenir *une exclusion en anneau* (Darmring). Dans les très nombreuses expériences que fit Hermann, toujours il suturait l'un à l'autre les deux bouts du segment isolé et pratiquait sur cet anneau intestinal ainsi obtenu une fistule ouverte à la peau, en manière de voie d'échappement.

Ses deux élèves Blitstein[3] et Ehrenthal[4] firent dans le même but une série d'opérations semblables. Blitstein isolait un segment d'intestin et le fermait complètement en suturant à part chaque bout de l'anse exclue. Il obtenait ainsi non plus l'exclusion en *forme d'anneau*, mais l'exclusion en *forme de saucisse* (Wurstförmiges).

Jusqu'à cette époque (1890), sauf le cas isolé de Trendelenburg, l'exclusion intestinale n'a pas été étudiée au point de vue chirurgical.

C'est en 1891 que Fritz A. Salzer[5], publie son remarquable travail sur l'exclusion partielle de l'intestin. C'est Salzer, le premier, qui institua des expériences d'exclusion intestinale sur les chiens, *dans un but clinique*. Ce qu'il avait vu, à la clinique de Billroth,

1. Nicholas Senn. *An experimental contribution to intestinal surgery with special reference to the treatment of intestinal obstruction* (Read in the surg. sect. of the Nineth Internat. Med. Congress; Washington, september 5, 1887). — *Annals of Surgery*, vol. VII, St-Louis, 1888, 1-21, 99-115; 171-186; 264-280; 367-375; 421-429.

2. Hermann. *Ein Versuch zur Physiologie der Darmkanals* (*Arch. f. Physiol.*, 1890, Bd. 46, p. 93-101).

3. Blitstein. *Zur Physiologie der Kothbildung*. Th. Kœnigsberg, 1890.

4. Ehrenthal. *Neue Versuche z. Phys. der Darmkanals* (*Pflüger's Arch.*, 1890, Bd. 48).

5. F. A. Salzer. *Ein Vorschlag zur Modification der Entero-Anastomose durch völlige Ausschaltung des kranken Darmtheiles* (*Verhandl. d. Deutschen Gesellsch. f. Chir.*, 1891, n° 26, p. 119).

sur l'insuffisance notoire de la thérapeutique chirurgicale dans le traitement de certaines formes de fistules stercorales et dans les néoformations malignes, le détermina à entreprendre ces recherches. Dans les néoplasmes inopérables, dans certaines inflammations chroniques de l'intestin, les symptômes de sténose contraignent souvent le chirurgien à intervenir et à pratiquer l'entéro-anastomose. Mais cette opération a le grave inconvénient de permettre dans une certaine mesure le passage du contenu intestinal au niveau de la portion malade.

Aussi Salzer songea-t-il à supprimer ces inconvénients de l'entéro-anastomose. Il commença par expérimenter l'exclusion totale de l'intestin. Que l'exclusion totale dût réussir dans le cas d'anus contre nature, alors qu'il existe une voie d'échappement, une sorte de soupape de sûreté, cela n'était pas douteux. On pouvait se demander s'il en serait de même en l'absence de toute fistule.

Les premières expériences de Salzer, pratiquées sur des chiens, lui démontrèrent que l'exclusion de l'intestin avec occlusion totale était absolument à rejeter. Les deux chiens opérés moururent très rapidement, avec une ulcération très étendue du segment exclu. Dans ces expériences, la portion exclue comprenait le cæcum et la portion contiguë du côlon et de l'iléon. *A priori*, Salzer était opposé à l'exclusion avec occlusion totale : il craignait la possibilité d'une intoxication résultant de la décomposition des matières contenues dans la portion exclue, ou encore la possibilité d'une ulcération de l'intestin avec péritonite consécutive. Nous venons de voir que ses craintes étaient très justifiées.

Un an après (1892), Salzer [1] publie un nouveau travail sur le même sujet. Parmi les animaux opérés d'exclusion totale par lui en 1890, la plupart étaient morts avec des phénomènes de péritonite aiguë. Deux seulement avaient survécu quelque temps, le premier un mois, le second deux mois. Le premier de ces animaux, chez lequel Salzer avait pratiqué l'exclusion complète du cæcum et l'anastomose latérale des deux bouts de l'intestin, d'après la méthode de Senn, avait probablement succombé à l'intoxication produite par la stagnation des matières dans l'iléon, par suite d'un obstacle accidentel au libre écoulement de l'iléon vers le côlon. A l'autopsie du deuxième, dont la survie fut de deux mois et qui mourut très rapidement, on constata que toute la portion exclue du côlon était fortement dilatée et « ressemblait à un saucisson de 20 centimètres de

1. F.-A. Salzer. *Ueber Darmausschaltung, Beiträge z. Chirurgie (Festschrift Billroth gewidnet.* Stuttgart, 1892, p. 532 u. folg.).

longueur et de 14 centimètres de circonférence ». Les parois intestinales étaient épaissies, la muqueuse couverte de petites ulcérations de la largeur d'une lentille. Pas trace de péritonite diffuse récente.

Ces résultats ne purent qu'affermir Salzer dans sa première opinion : le danger de l'occlusion totale dans l'exclusion de l'intestin, bien que cependant deux animaux, opérés en février 1891, aient continué à bien se porter neuf mois et dix mois après. Ces deux animaux furent sacrifiés. Chez le premier, autopsié neuf mois après l'exclusion totale de 26 centimètres d'iléon, on trouve la portion exclue tellement ratatinée et revenue sur elle-même, que sa lumière a complètement disparu. Les villosités se touchent au centre, mais la paroi est saine, sans atrophie, ni hypertrophie. Chez le deuxième chien, sacrifié dix mois après l'opération, et chez lequel Salzer avait pratiqué l'exclusion du cæcum et d'une portion de l'iléon et du côlon ascendant, en tout 40 centimètres d'intestin, on constate que l'anse exclue, fortement distendue, à parois épaisses, forme une poche remplie d'une sorte de mastic. A la coupe, la paroi était normale.

Malgré ces deux résultats, favorables en somme à l'exclusion avec occlusion totale, Salzer se prononce nettement pour l'exclusion partielle. Il recommande de toujours établir une fistule, de façon à permettre l'écoulement au dehors du produit intestinal, en même temps que la possibilité de lavages dans le segment exclu.

C'est en 1891 que fut faite pour la première fois chez l'homme, de propos délibéré, en connaissance de cause, l'exclusion de l'intestin. Hochenegg [1] pratique le 28 mai 1891, à la clinique d'Albert, une exclusion totale avec fistule. Il s'agissait dans ce cas de lésions indéterminées du cæcum, sans doute de nature tuberculeuse. Hochenegg fit la section de l'iléon, la section du côlon ascendant, rétablit ensuite la continuité en faisant l'iléo-colostomie et laissa ouvert dans la plaie le bout distal de l'iléon, suivant les conclusions formulées par Salzer. En somme, il pratiqua une exclusion avec occlusion partielle, et le résultat de l'opération fut satisfaisant.

Rudolf Frank [2], en 1892, relate deux cas de tuberculose du cæcum, et dans l'un de ces cas il fit une exclusion. Il fait remarquer à ce propos — et c'est le premier auteur qui en parle — que l'exclusion est surtout applicable au traitement des fistules intestinales, stercorales ou pyostercorales. On peut alors se permettre de pratiquer l'occlusion totale, puisque la fistule sert de tube de sûreté. Dans le

1. Hochenegg. *Ein Beitrag zur Cæcalchirurgie und zur Ileo-Colostomie* (*Wiener kl. Woch.*, 1891, n° 53, p. 995-998).

2. R. Frank. *Einige Darmoperationen mit Bemerkungen über die Darmnahl* (*Wiener kl. Woch.*, 1892, n° 27, p. 390-393).

cas de Frank, l'exclusion porta sur un mètre d'intestin, et malgré la suppression d'une surface de résorption aussi considérable, la petite malade augmenta de 5 kilogrammes en six semaines. Frank fait suivre la relation de son cas de plusieurs aperçus intéressants : « Les résultats obtenus jusqu'à présent dans la cure des fistules intestinales par la résection ne sont pas très brillants. La grande mortalité dans ces cas ne doit pas être attribuée à la résection elle-même, mais en grande partie à l'infection du péritoine lors de la destruction des adhérences. L'ouverture souvent inévitable d'abcès, la déchirure de trajets fistuleux, l'impossibilité dans certains cas d'extirper complètement la fistule, donnent bien souvent lieu à un écoulement de matières septiques dans la cavité péritonéale. Un autre danger réside encore dans la longue durée de l'opération, surtout chez des malades affaiblis. Pour ma part, je recommande en pareil cas l'exclusion de la portion intestinale correspondant à la fistule, d'après le procédé de Hochenegg, parce que, de cette façon, la partie intestinale rétrécie ou fistuleuse se trouve complètement exclue du circuit intestinal et, plus tard, on peut procéder à l'extirpation de la fistule sans aucun danger d'infection. Je crois que c'est justement dans le traitement des fistules intestinales et de l'anus contre nature que l'exclusion de l'intestin est appelée à rendre de très grands services. Elle permet, en effet, le rétablissement complet de la circulation intestinale, sans qu'on ait à craindre les dangers que demande un pareil résultat. En procédant à l'exclusion intestinale, on tourne simplement le foyer d'infection, et on augmente les chances de guérison du malade, en abrégeant la durée de l'opération. »

On ne peut mieux apprécier les indications et les avantages de l'exclusion.

Si le mérite de l'exclusion de l'intestin avec occlusion partielle revient à Hochenegg, c'est A. Freiher von Eiselsberg[1] qui pratiqua le premier chez l'homme l'exclusion totale, telle que Hermann, Blitstein et Salzer l'avaient faite expérimentalement chez les animaux. L'opération fut pratiquée le 13 août 1893, à la clinique de Billroth, sur une jeune fille de quinze ans, atteinte de fistules cæcales opiniâtres. Eiselsberg pratiqua la suture complète des deux bouts de l'anse exclue et la fistule fut tamponnée à la gaze iodoformée. Cette fistule guérit d'abord, puis se rouvrit huit semaines après, en donnant issue à du liquide fécaloïde, puis à du pus. Ultérieurement, elle finit, paraît-il, par se fermer. La guérison n'est pas relatée dans

1. A. Freiher von Eiselberg. *Zur Casuistik der Darmausschaltung* (*Wiener kl. Woch.*, 1893, n° 8, p. 135-138).

l'observation, mais Karl Klecki affirma plus tard qu'elle a eu lieu.

Au Ve Congrès des Chirurgiens polonais à Cracovie, Karl Klecki[1], après avoir étudié avec beaucoup de soin cette question de l'exclusion intestinale, est venu apporter le résultat de nombreuses expériences faites par lui au laboratoire de la clinique de Rydygier. Il rappelle les quatre manières différentes de pratiquer l'exclusion : 1° en suturant dans la plaie les deux bouts laissés ouverts; 2° en fixant un bout et en fermant l'autre; 3° en suturant les bouts l'un à l'autre; 4° et enfin, en fermant complètement les deux bouts. Il rappelle également les trois cas d'exclusion chez l'homme, de Hochenegg, de Frank et de von Eiselsberg, tous trois terminés par guérison, et fait remarquer que dans tous les trois il s'agit d'exclusion avec occlusion partielle, même dans le cas de von Eiselsberg, puisqu'il y avait déjà une fistule stercorale. A propos de ces trois cas, il étudie l'exclusion totale. Il est d'avis qu'il est dangereux de la pratiquer, et qu'il faut éviter à tout prix l'accumulation des matières intestinales et l'intoxication par les ptomaïnes qui en est la conséquence. Il revient à ce propos sur les expériences de Hermann[2] faites en 1890 et démontrant l'accumulation des matières fécales dans des portions exclues d'intestin sur l'animal et le rôle important joué dans ces cas par les sécrétions des parois intestinales; — sur celles de ses élèves Blitstein[3] et Ehrenthal[4] (1891), sur les deux publications de Salzer[5] en 1891 et 1892. S'appuyant sur ces faits antérieurs et sur ses propres recherches, Karl Klecki montre que l'anse fermée et abandonnée dans la cavité abdominale se distend et se dilate par accumulation de gaz de liquides et de bouillie fécaloïde, ce qui pourrait rendre des accidents imminents. Il conteste du reste que ces accidents soient dus à la seule rétention; pour lui, les altérations au niveau de l'anse exclue sont produites par les adhérences intestinales, dues elles-mêmes aux manœuvres opératoires, ces adhérences causant des troubles de la circulation et des altérations des parois de l'intestin. Karl Klecki oublie de mentionner la cause primordiale de ces lésions : la septicité du liquide contenu dans la portion exclue. L'action des bactéries dans un intestin sain serait nulle: elle ne deviendrait importante qu'au cas où les parois intestinales sont déjà malades, condition justement réalisée quand l'exclusion est indiquée. En fait,

1. Karl Klecki. *Przeglad lekarski*, 1893, nos 34 et 35, p. 453, 464.
2. Hermann. *Loc. cit.*
3. Blitstein. *Loc. cit.*
4. Ehrenthal. *Loc. cit.*
5. Salzer. *Loc. cit.*

conclut-il, l'exclusion, comparée à l'entéro-anastomose, n'a pas d'avantage essentiel; vu la longueur et la complexité de l'opération, elle ne constitue pas un progrès dans la chirurgie de l'intestin.

En somme, l'exclusion de l'intestin serait une opération peu indiquée, longue et compliquée.

Le jugement de Klecki sur l'exclusion est peut-être trop sévère; il était en tout cas prématuré, car il n'y avait encore que trois opérations pratiquées sur l'homme, et toutes trois avec succès opératoire (en laissant de côté le cas de Trendelenburg). Mais c'était un procédé nouveau!

En résumé, nous voyons qu'au moment où paraît le travail de Klecki, l'exclusion n'a été que très rarement pratiquée et que tout le monde paraît d'accord pour n'admettre que l'exclusion partielle.

Puis vient une observation de Körte[1] (1894) qui montre jusqu'à quel point peut atteindre la ténacité du chirurgien et la résistance du malade. Le succès fut, du reste, complet. Dans une série de *huit* interventions successives pratiquées sur le même malade, Körte extirpa le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse, une anse d'iléon, et une extrémité de l'iléon préalablement sectionnée. Finalement le malade guérit avec une anastomose entre l'iléon et le côlon descendant.

La même année (1894), von Baracz[2] (de Cracovie) a donné au XIe Congrès international de Médecine à Rome, sur l'exclusion intestinale totale et sur l'emploi des plaques de chou-rave dans l'iléo-colostomie, un travail considérable.

Le terme d'exclusion intestinale *totale* n'est pas à l'abri de toute critique. Baracz dit exclusion *totale*, parce que les deux bouts ont été fermés. Nous avons déjà fait remarquer qu'il serait préférable de dire : *exclusion partielle avec occlusion totale.*

V. Baracz est le premier qui ait réellement pratiqué sur l'homme l'exclusion avec occlusion totale. L'opération fut faite avec plein succès, le 13 août 1893, sur un garçon de dix-neuf ans. « Comme je suis le premier qui, il y a dix mois, ai pratiqué l'exclusion totale sur le vivant, et cela avec plein succès, je me crois autorisé à publier ce cas, d'autant plus que j'ai employé pour l'iléo-colostomie les plaques de chou-rave récemment recommandées par moi. » Dans le cas de Baracz, on pensait à une tumeur maligne du cæcum : c'était simple-

1. W. Körte. *Ausgedehnte Darmresection wegen Darmtuberculose, geheil durch Implantatation des Ileums in das Colon, und Exstirpation des ausgeschalteten Darmtheiles* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1894, p. 715).

2. R.-V. Baracz. *Ueber die totale Darmausschaltung und über die Verwendbarkeit der Kohlrüben Platten bei der Ileocolostomie* (*Centr. f. Ch.*, 1894, n° 27),

ment une invagination intestinale. On fit l'exclusion en pratiquant la suture en cul-de-sac des deux bouts de l'anse, le bout distal de l'iléon et le bout proximal du cæcum, et on termina l'opération en anastomosant l'iléon et le côlon transverse au moyen de plaques de chou-rave. L'opéré fut assez gravement malade, mais guérit. Onze mois après l'intervention, la tumeur cæcale — nous avons vu qu'il s'agissait d'une invagination —, a disparu. Les conclusions, parfois sujettes à critique, du travail de Baracz sont les suivantes : 1° Le cæcum, complètement exclu, ne donne que peu ou pas de matières fécales; 2° l'exclusion totale, contrairement à ce qu'on croyait jusqu'à présent, n'est donc pas une intervention dangereuse, et la crainte d'une perforation par stagnation des matières n'est donc pas justifiée (?); 3° l'exclusion totale est indiquée dans l'invagination chronique ou les néo-formations malignes, quand la résection est impossible. Plus rationnelle que l'entéro-anastomose, car elle empêche toute irritation par les matières, elle est préférable à l'exclusion avec occlusion partielle, qui a les inconvénients de l'anus contre nature et nécessite une deuxième opération.

En 1894, Obalinski [1] (de Cracovie), cherchant à enlever le cæcum chez une jeune fille atteinte de fistule cæcale d'origine actinomycosique (?) et ne pouvant parvenir, après l'ablation du cæcum, à fixer l'iléon dans le côlon, prit le parti de faire l'exclusion du côlon ascendant et d'aboucher l'iléon dans le côlon transverse. L'opération fut pratiquée le 25 avril 1894, c'est-à-dire quelques mois après celle de von Baracz (13 août 1893). A la fin de son observation, où il s'agit, en somme, d'exclusion avec occlusion totale, Obalinski adopte les idées de von Baracz et conclut que l'exclusion totale est une opération faisable chez l'homme, qu'elle est applicable aux portions malades et saines de l'intestin, qu'elle est préférable à l'exclusion partielle, et enfin il propose de substituer au terme « exclusio » le terme « eliminatio », qui rend mieux le sens d'*Ausschaltung*.

Reichel [2] (1895) combat les opinions d'Obalinski sur l'exclusion, avec fermeture totale de l'intestin. Malgré les deux succès de Baracz et d'Obalinski, il revient aux idées défendues par Salzer et vante l'exclusion avec fermeture partielle et fistule cutanée. Il attire l'attention sur la différence qui existe suivant qu'on opère sur le gros intestin ou l'intestin grêle. Au niveau de l'intestin grêle, la sécrétion de suc intestinal est très abondante, d'où distension par accumulation de

1. Obalinski. *Zur totalen Darmausschaltung* (*Centr. f. Ch.*, 8 déc. 1894, n° 49, p. 1193).
2. Reichel. *Ueber die Berechtigung der Darmausschaltung mit totalem Verschluss des augeschalteten Darmstuckes* (*Centr. f. Ch.*, 1895, Bd. XXII, n° 2, p. 37).

liquide, et danger de l'exclusion totale. Cette manière de voir a été acceptée par la plupart des chirurgiens, bien que quelques faits aient montré que sur le petit intestin l'exclusion totale était possible.

L'exclusion avec oblitération totale des deux bouts ne peut être faite qu'à la condition de fixer par prudence à la peau les anses fermées et exclues. En terminant, Reichel recommande, pour le gros intestin, la séparation de l'iléon et du cæcum, puis la fermeture du bout inférieur du côlon ascendant par invagination et l'abouchement de l'iléon dans le côlon transverse. De cette façon, le contenu de la portion exclue continue, grâce au péristaltisme, à cheminer à travers le côlon jusqu'au rectum. « Je considèrerais donc comme un procédé plus rationnel (que l'occlusion totale) d'implanter latéralement l'iléon dans le côlon tranverse et de ne fermer par invagination que le bout proximal du côlon ascendant. La péristaltique dirigée de l'endroit d'invagination vers le rectum n'aurait sûrement pas permis la stase du contenu intestinal dans le cul-de-sac compris entre le point d'invagination et le point d'abouchement de l'iléon dans le côlon transverse.

En réponse à Reichel, Obalinski[1] critique assez vivement cette manière de faire. Il accorde que pour l'intestin grêle, l'exclusion totale (c'est-à-dire avec suture des deux bouts) est impraticable par suite de l'abondance de la sécrétion. Il préfère, pour l'intestin grêle, la résection. Mais il propose cette même exclusion totale pour le gros intestin, qui, lui, ne suppurerait pas (?). Bien que la fistule soit une infirmité nécessitant une opération ultérieure, Obalinski ne croit pas au succès de l'opération proposée par Reichel : elle crée en effet, un diverticule de l'intestin, avec tous ses dangers; aussi la rejette-t-il en principe.

Wiesinger[2], à la réunion des médecins de Hambourg, le 24 septembre 1895, relate un cas d'exclusion totale du côlon transverse, du côlon descendant et d'une partie de l'anse sigmoïde pour lésions tuberculeuses, avec guérison. Après avoir pratiqué la double section de l'intestin, il anastomosa le côlon ascendant et l'S iliaque, et traita différemment les deux extrémités de la portion à exclure : le bout distal fut fermé, tandis que le bout proximal fut fistulisé à la peau. Cet abouchement à la peau permit au liquide sécrété dans l'anse exclue de s'écouler au dehors et de faire des lavages dans la cavité de l'intestin. Un mois après, il fit une nouvelle intervention pour

1. Obalinski. *Zur Berechtigung der Darmausschaltung mit totalem Verschluss des ausgeschalteten Darmstuckes* (*Centr. f. Ch.*, 1895, n° 6).

2. Wiesinger. *Ein Fall von totaler Darmausschaltung mit totaler Occlusion* (*Münchener med. Wochens.*, 1895, n° 51, p. 1182-83, T. XLII).

fermer la fistule, réalisant une *exclusion complète, secondaire*. Le malade guérit parfaitement. C'est le premier cas dans lequel on ait fait une exclusion avec occlusion totale, *secondaire* pour l'une des extrémités. Le résultat final est analogue à celui qu'avaient obtenu Baracz et Obalinski, mais la fermeture de l'anse exclue est faite en deux temps.

A la fin de la même année (1895), Bier [1] publie trois observations : les deux premières ont trait à des lésions de l'intestin consécutives à la périty phlite aiguë, et dans les deux cas Bier fit l'exclusion partielle. Dans le troisième cas, il s'agissait d'un anus contre nature pour lequel quatre interventions avaient déjà été tentées. A la cinquième opération, on fit l'exclusion de l'anse malade conduisant à l'anus, et cette exclusion aurait été totale, avec fermeture des deux bouts.

Signalons encore un cas de fistule iléo-vaginale, guérie par l'exclusion, dû à von Erlach [2].

K. Funke [3], en 1895, a ajouté une nouvelle observation intéressante à celles de Hochenegg, de Frank, d'Eiselsberg, de Baracz, d'Obalinski, de Körte. Ayant en vain essayé l'ablation pour une tumeur cæcale avec fistule, il pratiqua l'exclusion totale du cæcum et fit l'implantation latérale de l'iléon dans le côlon transverse. Mais au troisième jour, son malade ayant de la fièvre, il rouvre la fistule et donne ainsi issue à du mucus et à des matières fécaloïdes. Aussi conseille-t-il d'établir une fistule au niveau du bout distal, sauf à la fermer ultérieurement, si la chose devient possible. Grâce à la fistule, on évite les dangers de l'occlusion totale, ainsi que l'avait établi Hochenegg.

R. von Baracz [4], dans un deuxième mémoire, s'efforce de justifier l'exclusion avec occlusion complète de l'anse exclue. Rappelant son fait et celui d'Obalinski, dans lesquels, après un an et deux ans, il n'est survenu aucun accident; rappelant le fait d'Eiselsberg, dans lequel deux fistules sécrétaient à peine et se fermèrent en quelques semaines; la deuxième série d'expériences de Salzer, où deux chiens subirent l'occlusion totale de l'anse exclue; une expérience de Klecki où un chien sacrifié au soixante-dix-septième jour, ne présentait ni altéra-

1. Bier. *Ueber Darmausschaltung, Physiologischer Verein in Kiel.* Séance du 29 juillet 1895 (*in Münch. med. Woch.*, 1895, n° 51, p. 1197-1198).

2. Von Erlach. *Ein Fall von Fistula ileo-vaginalis carcinomatosa durch Darmausschaltung geheilt.* (*Wiener. kl. Woch.*, 1895, n° 24, p. 433).

3. K. Funke. *Zur Casuistik der Darmausschaltung.* (*Prager med. Woch.*, 1895, n°s 32-33).

4. R. von Baracz, *Zur Frage der Berechtigung der totalen Darmausschaltung mit totalem Verchluss des ausgeschalteten Darmstückes* (*Wiener kl. Woch.* 1895, *n° 28*).

tion de la paroi de l'anse exclue, ni accumulation des secrétions; — les expériences de Senn sur l'exclusion chez les chiens, où l'on constate l'atrophie de la partie exclue, trouvée le plus souvent vide et rétractée, von Baracz s'appuie sur cet ensemble de faits pour combattre l'exclusion avec occlusion partielle. L'avantage des lavages intestinaux, vantés par Hochnegg, n'a pas, dit Baracz, eu grand succès. Tenant en outre compte de l'inconvénient de l'écoulement incessant de mucus par la fistule, écoulement tel que dans un cas (Körte) il fallut faire au malade une dernière intervention (c'était la huitième) pour fermer cette fistule, il rejette l'exclusion avec fistule et conclut enfin : 1° que l'exclusion — avec ou sans occlusion totale du bout exclu — est indiquée et non dangereuse dans les affections de l'iléo-cæcum et du côlon; 2° que l'exclusion avec occlusion totale détermine la rétraction et l'atrophie de la portion exclue (?); 3° que ce procédé est préférable à l'établissement d'une fistule et évite aussi une deuxième laparotomie. Il termine en disant que l'exclusion *totale* lui paraît réservée au gros intestin, et non pas à l'intestin grêle, doué d'une sécrétion trop abondante. L'optimisme de Baracz touchant à l'exclusion totale paraît exagéré.

Friele[1] (de Bergen), en 1895, rapporte un fait d'exclusion totale du côlon. Il établit d'abord un anus contre nature sur le côlon ascendant et quelques jours après il fit l'exclusion du côlon descendant et l'abouchement du côlon transverse avec l'S iliaque. Une opération ultérieure permit de fermer l'anus contre nature et le malade sorti guéri au quarantième jour, mais il mourut bientôt d'occlusion de l'intestin grêle. L'anse exclue, de 42 centimètres de longueur, renfermait 50 grammes de liquide fécaloïde. La muqueuse était saine. Ce fait plaide en faveur des théories de R. von Baracz, mais la durée de l'observation n'est pas suffisante.

Le 27 juillet 1896, Ketley[2] publie le premier cas d'exclusion pratiquée en Angleterre. C'est une exclusion avec occlusion partielle. Il s'agissait de la cure d'un anus contre nature chirurgical. L'un des bouts de l'anse exclue fut fermé et l'autre amené au niveau de l'orifice de l'anus contre nature, qui persista. La continuité du tube digestif fut rétablie par anastomose circulaire avec invagination, suivant la méthode de Maunsell. La portion exclue sécréta fort peu et la malade se rétablit.

Alb. Narath[3], en 1896, analyse 14 cas d'exclusion déjà parus et

1. Friele (de Bergen). *Medizinsk Revy*, 1895, décembre, p. 353.
2. Ketley. *Two cases of intestinal resection for cancer and one of intestinal exclusion* (in The *Lancet*, 25 juillet 1896, p. 229.).
3. Alb. Narath. *Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1896, p. 330-414.

apporte un cas personnel. On trouve dans son travail des renseignements sur ce que deviennent les anses exclues. Dans trois cas, on a signalé du prolapsus de la muqueuse. Dans beaucoup de cas, la fistule est devenue presque insignifiante. Quelquefois cependant l'écoulement intestinal est tellement abondant que le malade réclame la suppression de la fistule. Körte et Obalinski avaient pensé que l'intestin grêle avait une sécrétion trop abondante pour qu'il fût possible d'y pratiquer l'exclusion. D'après les recherches de Narath sur cinq malades, l'écoulement n'est pas fonction de la nature de l'intestin, grêle ou gros. Chez la malade opérée par lui, la sécrétion devenait très abondante si l'on irritait la muqueuse intestinale. L'abondance de l'écoulement dépend surtout de la nature des lésions, de l'irritation qu'elles causent sur l'intestin, beaucoup plus que de la partie d'intestin où porte l'exclusion. Narath insiste sur les excellents résultats de l'opération. Après exclusion, les douleurs tendent à disparaître, les ulcérations se cicatrisent, les adhérences elles-mêmes deviennent moins solides, à ce point que l'extirpation devient possible dans la suite. Il rappelle les quelques succès obtenus avec l'exclusion totale, mais conseille de laisser toujours une soupape de sûreté, parce qu'on ne peut savoir d'avance ce que deviendra la muqueuse de l'anse exclue. En terminant, Narath soulève une question qui n'avait pas encore été abordée par les chirurgiens. Il se demande si, après exclusion avec occlusion totale, la portion exclue avec les lésions inflammatoires qu'elle recèle ne finit pas par adhérer avec les anses voisines, puis s'ulcérer et peut-être finalement par s'ouvrir dans l'intestin, ce qui transformerait l'occlusion totale en une occlusion partielle. Malheureusement ce point n'a pu être déterminé par des observations.

Après ce travail de Narath, très bien fait, paraît une nouvelle étude de von Eiselsberg [1], qui cherche à défendre l'exclusion totale.

La même année (1896), Obalinski [2], de Cracovie, revient encore sur l'exclusion intestinale avec occlusion totale. C'est un résumé parfait de la question, de 1891 à 1895. Il étudie les cas publiés et se demande s'il faut faire l'exclusion totale ou l'exclusion partielle. Il a tendance à revenir sur ce qu'il a dit, tout en continuant cependant à défendre la façon dont il a procédé, ainsi que von Baracz. Dans l'exclusion du gros intestin, il conseille l'occlusion totale; toutefois il se prémunit contre un échec possible, en suturant l'extrémité

1. A. F. von Eiselsberg. *Weitere Beiträge zur Casuistik der Darmausschaltung.* (*Wiener kl. Wochens.*, 1896, n°s 12, 13, 14).

2. Obalinski. *Noch einmal zur totalen Darmausschaltung mit vollständigen Verschluss.* (*Arch. f. Ch.*, 22 août 1896, n° 34, p. 812.)

supérieure de l'anse exclue et complètement fermée à la partie supérieure de l'incision abdominale. Et pendant huit jours, il surveille de façon à créer une fistule, si le besoin s'en fait sentir. « Je ne referme pas simplement l'ouverture abdominale, mais j'ai, dans mon cas, conservé pendant huit jours un tampon de gaze stérilisée dans l'incision, pour pouvoir en cas de nécessité arriver à l'anse exclue et pratiquer une fistule. Quand l'anse à exclure est atteinte de carcinome, de tuberculose, d'actinomycose ou d'ulcération, alors je suis la méthode de Narath : je suture l'extrémité supérieure de l'anse exclue au niveau de l'incision abdominale, et je ne ferme cette ouverture que lorsque l'observation a démontré que la sécrétion est réduite au minimum. »

A signaler encore une Revue critique d'Albert Heydenreich (de Nancy) sur l'exclusion de l'intestin. Cet article, publié en 1897, est le premier paru en France sur l'exclusion, et cependant les recherches de Salzer (d'Utrecht) datent de 1891 et la première opération avait été faite par Trendelenburg en 1885. Heydenreich expose très nettement la question, et conclut en faveur de cette opération, mais rejette l'exclusion totale comme trop dangereuse. « L'exclusion de l'intestin ne doit être tentée qu'avec établissement d'une fistule. Ultérieurement, on pourra fermer cette fistule si la sécrétion est minime, et on aura réalisé alors l'exclusion totale en deux temps. »

Mais la question de l'exclusion continue à être étudiée et en 1897 Kammerer[1] publie un travail sur l'exclusion unilatérale et complète de l'intestin pour fistule stercorale. Après avoir constaté l'insuffisance de l'entéro-anastomose dans le cas de fistule stercorale, il dit que l'abouchement de l'iléon dans le côlon transverse, après fermeture du bout distal, est plus rationnelle. C'est ce qu'il appelle l'*exclusion unilatérale*. Il rappelle à ce propos les recherches expérimentales de Senn et de Hacken (celles-ci sur de jeunes cochons). A l'autopsie des animaux opérés, ces deux expérimentateurs ont constaté presque toujours que la portion exclue est *vide et contractée*. Ni l'un ni l'autre ne font allusion à une stase quelconque du contenu intestinal avec distension de l'anse. D'après Kammerer, l'exclusion unilatérale ne convient pas dans les tumeurs malignes.

Benissowitch[3], à propos d'un malade opéré par lui à Odessa le 30 janvier 1897, et auquel il avait pratiqué une entéro-anastomose

1. Albert Heydenreich. *L'exclusion de l'intestin* (*Semaine médicale*, Paris, 1897, n° 6, 10 février, p. 41).
2. Kammerer. *Unilateral and complete exclusion of the intestine for fœcal fistula.* (*N.-Y. Med. Record*, 20 février 1897, vol. I, p. 253).
3. Benissowitch. (*Deuts. med. Wochens.*, 17 juin 1897).

avec plaques de pommes de terre par la méthode de Dawbarn, préconise l'exclusion partielle et rejette l'exclusion totale comme dangereuse.

L'exclusion étant admise, Campanini [1] a cherché, en 1897, à déterminer l'étendue d'intestin qu'on peut enlever sans dommage pour le patient. Ses expériences ont porté sur douze chiens, divisés en quatre séries de trois chacune, et sur ces douze chiens dix sont morts. Aussi devant cette mortalité considérable, quelle que soit la variété d'exclusion, est-il difficile d'en tirer aucune conclusion.

La première opération d'exclusion avec occlusion totale avait été faite par von Baracz. Nous savons que c'est à Obalinski qu'est due la seconde. Pour le cas de Baracz, on n'a pas eu la suite éloignée. Pour celui d'Obalinski, il y a eu une suite, et des plus intéressantes. Ultérieurement [2], il publia la fin de l'histoire de la malade opérée par lui le 25 avril 1894. Quatorze mois après, on fit à cette malade une seconde laparotomie pour une hernie au niveau de la cicatrice, ce qui permit de constater que l'anse exclue était normale et non distendue. Quelques mois après cette seconde intervention, en décembre 1895, tuméfaction dans la fosse iliaque droite, qui s'abcède en juillet 1896, d'où fistule persistante de l'anse exclue. Troisième laparotomie le 1er avril 1897, presque trois ans après la première intervention, qui permet d'enlever l'anse exclue, soit 20 centimètres d'intestin. La malade était guérie au bout de trois mois; il s'agissait de tuberculose. D'où Obalinski conclut qu'on peut faire l'exclusion totale, s'il n'y a pas de lésions du gros intestin. Dans le cas contraire, l'exclusion totale n'est pas bonne. C'est ce qui a lieu pour les lésions tuberculeuses qui sécrètent beaucoup, d'où les accidents redoutés depuis longtemps par Salzer. Aussi Obalinski conseille-t-il d'établir toujours une fistule. C'était l'abandon de l'exclusion avec occlusion totale.

Peu après, l'exclusion totale est également abandonnée par von Baracz. Au 12e Congrès international des Sciences médicales tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897 (section de chirurgie), Baracz relate ses recherches expérimentales entreprises sur quinze chiens, dont treize sont morts [3], et il conclut que l'exclusion intestinale avec occlusion totale est compliquée, car la désinfection de l'anse est très difficile. Nous pensons qu'elle est plus que difficile, elle est

1. Campanini (*Centr. f. Ch.*, 1897, n° 47, p. 1219).
2. Obalinski. *Ein weitere Beiträge zur totalem Darmausschaltung* (*Wiener med. Presse*, n° 35, p. 1092, et *Medycyna*, 1897).
3. R. von Baracz. *XIIe Congrès internat. de Médecine*, Moscou, 1897, 19-26 août, in *Rev. de Ch.* (analyse), 10 octobre 1897, n° 10, p. 838-39.

pleine de dangers « et en conséquence ne doit pas être pratiquée chez l'homme ». On se rappelle qu'avant de faire ces dernières recherches sur les animaux, von Baracz avait commencé par pratiquer, avec succès du reste, l'exclusion totale chez l'homme!

Il y a deux ans (1898), Lavisé [1] de Bruxelles, publia deux observations d'exclusion de l'intestin. Dans le premier cas, il obtint la guérison d'un anus contre nature vaginal par l'exclusion de l'anse sigmoïde. Dans l'autre, il s'agissait de fistules multiples tuberculeuses de la fosse iliaque droite et il dut faire deux interventions : d'abord l'anastomose iléo-colique au moyen du bouton de Murphy avec fermeture des deux bouts du segment exclu. Comme les fistules persistaient, il fit une seconde intervention, élargit l'ouverture de l'anastomose, et la malade succomba. En terminant, Lavisé conseille, dans les cas d'anus vaginal, de laisser l'anse exclue en communication avec le vagin.

La même année (1898), von Eiselsberg [2] fait paraître une importante étude sur le traitement des fistules stercorales et des rétrécissements du canal intestinal, au moyen de l'exclusion. Après avoir montré que toutes les préférences doivent être, dans le cas de fistule stercorale ou de rétrécissement, pour la résection avec rétablissement de la continuité, ce qui est la méthode idéale, il étudie les cas dans lesquels les adhérences étendues de l'anse malade avec les organes voisins et avec les autres anses, les lésions ganglionnaires dans le mésentère, le danger d'ouvrir des abcès enkystés, rendent toute résection impossible. Dans ces cas où la résection est contre-indiquée, force est bien de recourir à l'exclusion de la partie malade.

Eiselsberg rappelle que depuis la première opération de Trendelenburg (1885) jusqu'au moment où il écrit (1898), l'exclusion a été pratiquée dans 24 cas. Voici dans l'ordre chronologique, le nom des opérateurs : Trendelenburg, Hochenegg, Obalinski, Frank, v. Eiselsberg, Körte, Narath, v. Baracz, Funke, Wiesinger, Wölfler, v. Erlach, Bier, Ulmann, Thile. — Lui-même a pratiqué l'exclusion douze fois; six fois, il s'agissait de fistules stercorales inopérables, deux fois, de callosités étendues avec foyers suppurés autour du cæcum, et une fois de tuberculose cæcale. Il divise ces douze cas en deux séries : la première comprenant les cas d'exclu-

1. Lavisé. *Guérison d'un anus contre nature vaginal par l'exclusion de l'anse sigmoïde* (in *Annales de la Soc. belge de Ch.*, Bruxelles, 1898, n° 2, p. 70).

2. A. Freiher von Eiselsberg. *Ueber die Behandlung der Kothfisteln und Stricturen des Darm. kanales mittels der totalen Darmausschaltung* (*Archiv f. kl. Ch.*, Berlin, 1898, Bd. LVI, p. 281-322).

sion pour fistule stercorale, et la deuxième renfermant tous les autres cas. Et dans chaque série, les cas sont étudiés par ordre chronologique. En terminant, von Eiselsberg insiste encore avec Salzer, Hochenegg, Reichel et Narath sur l'importance d'une soupape de sûreté et sur les dangers de l'exclusion avec occlusion totale, malgré les succès de Baracz et d'Obalinski.

Signalons encore le cas de Kummer [1], un dernier travail de Baracz [2], dans lequel il complète les résultats exposés à Moscou et abandonne avec encore plus de conviction l'exclusion avec occlusion totale; — un article du professeur Le Dentu [3], de Guinard [4] et les leçons faites sur ce sujet à la Faculté de Médecine de Paris, pendant le semestre d'été 1899, par le Professeur Terrier.

Enfin, l'exclusion a encore été étudiée en France par Le Clech [5], par Lardennois [6], par Jeannel [7], mais sans aucune tentative opératoire, et nous sommes les premiers à relater un cas d'exclusion pratiquée dans notre pays.

1. Kummer. *Revue méd. de la Suisse romande*, XVIIIe année, 20 mai 1898, n° 5, p. 264-269.

2. V. Baracz. *Experimentaler Beitrag zur Frage der totalen Darmausschaltung mit totalem Verschluss der ausgeschalteten Darmschlinge, zugleich Beitrag zur axialen Darmvereinigung* (*Arch. f. kl. Chir.*, LVIII, 120, Berlin, 1899).

3. Le Dentu. *De l'exclusion intestinale.* (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, Paris, janvier et février 1899, p. 81).

4. Guinard. In Traité de Ch. clinique et opératoire de Le Dentu et Delbet, Paris, 1899, t. VIII, p. 577.

5. L. Le Clech. *Contribution à l'étude de l'exclusion*, th. doctorat, Paris, 1900, n° 29.

6. H. Lardennois. *Traitement chirurgical du cancer du gros intestin*, th. doctorat, Paris, 1899, n° 335, p. 107.

7. M. Jeannel *Chirurgie de l'intestin*, Paris, 1898.

(*A suivre.*)

UN CAS D'ADÉNOME SÉBACÉ VOLUMINEUX

DE LA FACE

PAR MM.

G. CURTIS et **Dr LAMBRET**

Professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Lille.

Chef de clinique chirurgicale de l'Université de Lille.

Les adénomes sébacés ont été décrits sous deux formes bien distinctes, l'une intéressant les dermatologistes, l'autre les chirurgiens. Ce sont tantôt des tumeurs de petites dimensions, toujours nombreuses et d'ordinaire symétriques, occupant de préférence les téguments de la face; tantôt, au contraire, des néoplasmes plus volumineux, souvent solitaires, parfois cependant multiples, mais disséminés sans ordre apparent à la surface des régions où prédomine l'appareil pilo-sébacé.

En France, la forme connue des dermatologistes a été décrite pour la première fois par Balzer et Menetrier [1], ainsi que par Balzer et Grandhomme [2]. On a coutume de rapprocher de ces cas ceux de Pringle, de Caspary, de Crocker, Barendt, bien que les observations de ces auteurs aient trait à des lésions parfois bien différentes. A notre avis, il reste encore à démontrer que même les petites nodosités décrites par Balzer méritent bien réellement le nom d'adénomes sébacés. Cette désignation convient, au contraire, très exactement à certaines tumeurs glandulaires qui constituent des lésions d'ordre chirurgical. Elles sont rares; nous n'avons pu en rassembler qu'un petit nombre de cas.

Au dire de Monti, ce serait Porta [3] qui le premier, en 1856, puis en 1859, aurait signalé cette variété de néoplasies sous le nom de

1. Balzer et Ménétrier. *Étude sur un cas d'adénomes sébacés de la face et du cuir chevelu* (*Archives de Physiologie*, 1885, p. 564).

2. Balzer et Grandhomme. *Nouveau cas d'adénomes sébacés de la face* (*Archives de Physiologie*, 1886, p. 93).

3. Porta. *Dei tumori follicolari sebacei.* Mem. pr., Milano, 1856. Atti dell' Istituto Lombardo. — *Dei tumori follicolari sebacei* (*Annali universali de Medicina.* Vol. CLXVIII, Milano, 1859).

« tumori follicolari sebacei », joignant à la relation clinique une analyse histologique aussi parfaite que possible pour l'époque. Quoi qu'il en soit de cette réclamation de priorité, il ne faut pas oublier que déjà en 1850, un auteur allemand, Führer[1], avait décrit des tumeurs analogues. Une femme de soixante ans, portant des petites verrues de la grosseur d'un pois, dans les sillons nasogéniens, et un enfant de six mois, atteint d'excroissances multiples du cuir chevelu, furent observés par Führer dans la clinique de Langenbeck. Les néoformations excisées présentaient une structure glandulaire qui, d'après les figures de l'auteur, est absolument celle d'une glande sébacée. Elles renfermaient un liquide lactescent, formé de graisse, que décela l'examen histologique. Bien que ces néoproductions soient considérées par Führer comme hypertrophie des glandes sudoripares, il est donc bien évident qu'elles ne sont autre chose que de petits adénomes sébacés.

Rindfleisch, dans son Traité de pathologie, décrit une excroissance de la grosseur d'un œuf, siégeant sur le cuir chevelu et qui, par sa structure, paraît bien se rattacher à notre sujet.

Toutefois il faut arriver à Bock[2] pour trouver le premier examen histologique complet et la preuve évidente de l'origine sébacée d'une grosse tumeur du cuir chevelu. Les figures jointes au travail de cet auteur ne laissent aucun doute sur la nature du néoplasme décrit et justifient bien le nom d'adénome. Ce cas est celui qui, dans toute la littérature médicale, se rapproche le plus de celui que nous allons relater plus loin.

En 1890, Poncet[3] publia l'observation d'un malade porteur de tumeurs multiples du cuir chevelu, de la face, du dos et de la poitrine. D'après l'examen histologique fait par Bard et Audry, il se crut autorisé à qualifier ces néoplasmes du nom de cylindromes multiples.

Ainsi que le fait remarquer judicieusement Barlow, cette dénomination n'est pas heureuse, le genre cylindrome renfermant aujourd'hui des types très disparates. D'ailleurs, en relisant les descriptions histologiques données, on reconnaît indubitablement qu'elles s'appliquent à une véritable prolifération adénomateuse des glandes sébacées, compliquée d'une transformation muqueuse du stroma. La transformation du stroma n'est qu'accessoire, la néo-

1. Führer. *Zur Morphologie der Hautdrüsen* (*Deutsche Klinik*, 1850, p. 213).
2. Boch. *Ueber Adenom der Talgdrüsen* (*Virchow's Archiv*, t. 81, p. 503, 1880).
3. Poncet. *Note sur une variété de tumeurs confluentes du cuir chevelu, siégeant également sur la peau d'autres régions. — Cylindromes multiples* (*Revue de Chirurgie*, 1890, p. 245).

production épithéliale est l'essentiel; c'est pourquoi nous rapprocherons ce cas de Poncet du nôtre.

Nous devons en dire autant d'une observation publiée par Bérard [1] dans la *Revue de chirurgie* en 1895, sous une dénomination qui nous paraît peu exacte. Cet auteur reprend d'abord l'histoire du malade de Poncet et nous en donne le complément, puis ajoute la relation d'un cas nouveau, relatif à une femme de cinquante-quatre ans qui portait sur la région occipitale une grosse tumeur formant chignon. Les deux faits de Poncet et de Bérard sont ici décrits sous le nom d'épithélioma sébacé primitif. C'est là une désignation qui prête absolument à confusion. Ni l'une ni l'autre de ces tumeurs ne méritent le nom d'épithélioma. Ce sont des néoproductions glandulaires bénignes, des adénomes au premier chef.

Cela est si vrai que Bérard est bien gêné pour expliquer le peu de gravité de son cas, et qu'il aboutit forcément à la contradiction de l'épithélioma bénin. Nous ferons remarquer que les tumeurs du premier malade de Poncet n'ont pas toutes une structure identique, comme il appert des examens successifs données par Bard, Audry et Bérard lui-même. Ce sont des proliférations épithéliales, les unes pures, les autres compliquées de modifications du stroma, mais toutes incontestablement issues des glandes sébacées.

Barlow [2], en 1895, dans un mémoire très étudié, nous fournit une observation qui ressemble quelque peu à celle de Poncet. Il s'agit d'un homme de soixante ans, porteur de plusieurs tumeurs du cuir chevelu. L'examen histologique décela une néo-production glandulaire sébacée, remaniée très irrégulièrement par une transformation hyaline et muqueuse du stroma et des gaines vasculaires. Monti [3], la même année, décrit une tumeur développée chez un vieillard sur l'aile du nez. Elle était du volume d'un œuf, piriforme et évidemment constituée par une énorme agglomération des glandes sébacées, comme le démontrent très bien les figures jointes au mémoire.

Nous avons encore pu trouver dans les Transactions de la Société de Pathologie de Londres la relation d'un cas qui se rattache aux faits présents. Un malade, observé par Rollestone [4], portait au-

1. Bérard. *Note sur deux cas d'épithéliome sébacé primitif* (*Revue de Chirurgie*, 1895, p. 664).
2. Barlow. *Ueber Adenomata sebacea* (*Deutsches Archiv fur klinische Medicin*, Bd. 55, 1895, p. 61).
3. Monti. *Ricerche sull' Adenoma sebaceo*, Pavia, 1895.
4. Rollestone. *An anomalous tumour* (?) *adenoma of sebaceous glands* (*Transact. of the Pathol. Society of London*, 1896, p. 242).

dessus de l'angle externe de l'orbite, dans la région temporale gauche, une tumeur qui prit un développement rapide en cinq ans. Sa trame était formée de tissu conjonctif qui divisait en lobules des masses de cellules épithéliales analogues à celles d'une glande sébacée. Bien que, dans la discussion devant la Société de Londres, la nature adénomateuse de cette tumeur ait été mise en doute, nous n'hésitons pas à l'admettre comme démontrée, après la lecture des détails histologiques fournis par l'auteur.

Nous passerons sous silence les adénomes sébacés des glandes de Meibomius et du conduit auditif externe, lésions qui ne se rattachent qu'indirectement à notre sujet et dont tous les cas connus ont été très soigneusement rassemblés et analysés par Barlow. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer au mémoire de cet auteur ceux qu'intéresse ce point spécial.

A cette série d'observations énumérées vient se joindre celle qui nous est propre. Elle a trait à un homme d'une quarantaine d'années, porteur depuis assez longtemps, comme dans la plupart des cas connus, d'une petite nodosité cutanée, indolente, qui en peu de temps prit brusquement un développement considérable.

Ce qui nous paraît particulièrement intéressant dans notre cas, c'est l'aspect malin qu'il présentait à tous égards. L'accroissement rapide du néoplasme, ses ulcérations superficielles, son aspect végétant et bourgeonnant par places, tous ces signes formaient au point de vue clinique, un tableau peu rassurant. La tumeur fut jugée maligne et opérée comme telle. Bien plus, l'inspection et même l'examen histologique pouvaient à première vue laisser encore subsister des doutes. Ce n'est qu'après une analyse minutieuse que la nature glandulaire bénigne put être établie.

Une tumeur aussi complexe, pouvant simuler un cancer cliniquement et même histologiquement, mérite de fixer un moment notre attention.

Observation. — Le nommé R... Félix, âgé de cinquante-six ans, dessinateur, demeurant à Calais, entre, le 10 novembre 1899, dans le service de notre excellent maître, le professeur Folet, à la salle Saint-Jean de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille. Il vient nous demander de le débarrasser d'une volumineuse tumeur qui occupe sa région parotidienne gauche. Il raconte qu'il avait depuis environ huit ans, un petit nodule gros comme un pois en avant de l'oreille gauche. Il y a deux ans, cette tumeur a commencé à grossir et depuis cette époque son volume s'est accru d'une façon continue et pour ainsi dire régulière. Aujourd'hui, son volume est considérable et dépasse celui du poing. Le néoplasme a un aspect absolument repoussant et répand une odeur répugnante. Il a une base d'implantation très

large, commençant en avant du lobule de l'oreille, occupant toute la région massetérine et débordant même légèrement en bas le bord inférieur du maxillaire. Dans toute sa portion basale, la tumeur est recouverte par la peau saine, mais adhérente, amincie et marbrée de petites varicosités; plus loin, au contraire, la peau a cédé, la tumeur a pu s'épanouir librement et proliférer, mais dans sa partie superficielle sa surface externe est sphacélée par places, tantôt d'une coloration grisâtre ou noire, tantôt au contraire, rosée et bourgeonnante. La masse forme une saillie considérable, qui s'élève au-dessus du plan de la joue sur laquelle elle est implantée.

A la palpation, on perçoit que sans être d'une dureté excessive, la tumeur est cependant résistante et d'une consistance semblable à celle du muscle. En aucun point on ne constate de fluctuation. La mobilité est manifeste, mais il n'est pas bien certain qu'elle existe pour la masse entière et peut-être y a-t-il lieu de faire quelques réserves sur celle de la base d'implantation. Les mouvements communiqués et les manœuvres de palpation n'éveillent qu'une douleur très modérée.

Fig. 1. — Aspect du malade avant l'opération.

Le malade est amaigri, pâle, très incommodé et aussi affaibli par les sécrétions abondantes des parties ulcérées de la tumeur, sécrétions qui souillent sa peau et ses vêtements et en font un objet de répulsion. Il est en outre très anémié, car il perd beaucoup de sang, les bourgeons néoplasiques saignent au moindre heurt et les hémorragies ne s'arrêtent que difficilement. Elles se reproduisent parfois plusieurs fois par jour. Il y a trois mois, il paraît même qu'un médecin avait incisé la tumeur, mais s'était aussitôt arrêté, effrayé par une hémorragie abondante.

Le diagnostic ferme ne fut pas fait. La mobilité de la tumeur, l'absence de ganglions, sa marche lente plaidaient en faveur de sa bénignité, d'autre part, son aspect absolument spécial, comme aussi le doute qui subsistait sur la possibilité de l'existence de prolongements profonds vers la glande parotide obligeaient à faire certaines réserves. L'ablation complète, réclamée par le malade, fut pratiquée, le 14 novembre, par M. le Professeur Folet. L'opération fut relativement facile. Une incision elliptique circonscrivit la base de la tumeur, de nombreuses artères sectionnées furent pincées; et l'opérateur, coiffant toute la partie ulcérée d'une compresse, saisit la tumeur de la main gauche et put ainsi sans grande difficulté la disséquer et la sectionner à sa base d'implantation. Cette première partie de l'opération terminée, on se trouvait en présence d'une large plaie recouverte par le sang qui venait de divers côtés; une fois l'hémorragie arrêtée, on pouvait voir que le fond de cette plaie était constitué par un tissu gris jaunâtre, épais, d'apparence fibreuse, analogue par exemple à une bourse séreuse infiltrée et chroniquement enflammée. Toujours dans l'hypothèse de la malignité possible et même probable, ce tissu fibreux fut enlevé

complètement; il se confondait avec l'aponévrose du masséter, dont les fibres apparurent alors à nu au fond de la plaie. Cette plaie était, en surface, large comme la paume de la main environ. Les bords en furent rapprochés dans la mesure du possible, en bas et en haut, mais la réunion complète fut impossible, et dans la partie moyenne on dut se contenter de sutures à distance.

Les suites opératoires furent remarquablement simples et le 14 décembre le malade put quitter l'hôpital; il restait encore une perte de substance insignifiante qui ne tarda pas à se combler. Au cours de l'intervention, le facial avait, bien entendu, beaucoup souffert et on ne sera pas surpris d'apprendre que notre homme a conservé une paralysie faciale complète. Le canal de Sténon eut vraisemblablement la chance d'être épargné; nous disons la chance, car l'opérateur, songeant avant tout à l'intérêt du malade, ne s'en était pas préoccupé. Quoi qu'il en soit, à aucun moment on n'observa d'écoulement de salive par la plaie.

Des nouvelles récentes nous ont appris que la santé du malade était restée parfaite.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

La tumeur qui nous est remise forme une grosse masse ovoïde, mesurant 12 centimètres de long sur 8 de large vers sa partie moyenne. Sa surface est couverte de bosselures irrégulières, du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix; la plupart confluentes, soulevant la peau parsemée de poils, qui prend par places un aspect luisant, tendu et se couvre en d'autres points de plaques d'une coloration violacée. Les ligaments sont le siège de plusieurs ulcérations de mauvais aspect, à bords noirâtres, entourées d'une zone ecchymotique d'où proéminent des végétations molles, pulpeuses, donnant absolument l'impression d'une prolifération maligne.

La tumeur, à la coupe, laisse voir des aspects quelque peu différents. Dans sa plus grande étendue, et particulièrement dans son centre, elle se montre formée d'un tissu blanc, mou, qui s'infiltre en nappes continues, sillonné seulement par de minces travées de tissu conjonctif. L'ensemble prend l'apparence d'une coupe de tissu cancéreux à trame conjonctive peu développée. Vers l'une des extrémités du néoplasme, au contraire, dans les régions en voie d'accroissement, le tissu pathologique s'agglomère en îlots, séparés nettement les uns des autres. Les travées de tissu conjonctif intermédiaire deviennent plus épaisses et subdivisent la tumeur en une série de lobes et lobules, rappelant par leurs dispositions la section d'un organe glandulaire. Cet aspect de glande est très apparent dans la figure 2; on y voit parfaitement le tissu blanc et mou du

néoplasme, ramassé en îlots arrondis ou irréguliers (*a*), que des travées de fibres lamineuses plus fines (*b*) subdivisent à leur tour en lobules de moindres dimensions. On constate, d'ailleurs, que toutes ces productions siègent immédiatement sous la peau, comme encastrées dans le derme.

Il nous reste à signaler sur notre coupe quelques particularités.

En certains points on y découvre, en effet, des fissures longitudinales ou de petites cavités anfractueuses, du volume d'un noyau de cerise, limitées par un tissu de petits bourgeons minuscules qui donnent aux parois un aspect grumeleux. Ces cavités ne paraissent être en communication avec aucun système canaliculaire, elles

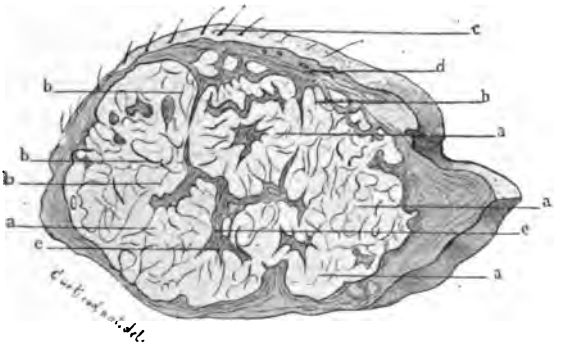


Fig. 2[1]. — Coupe microscopique de l'extrémité supérieure non ulcérée de la tumeur. La structure lobulée est encore ici visible. Dans tout le reste de la tumeur, les îlots de tissu néoplasique deviennent confluents en une masse blanche homogène, comme cela se voit déjà sur les bords droit et gauche de la présente figure.

existent exclusivement dans les parties profondes, c'est-à-dire dans la zone d'implantation du néoplasme.

En d'autres régions, et principalement au voisinage des ulcéra-

1. Signification générale des lettres dans toutes les figures : *a*, Tissu néoplasique disposé en amas, et en lobules plus ou moins confluents; *b*, Minces travées conjonctives, encore visibles à l'œil nu, sillonnant le tissu néoplasique; *c*, Peau intacte avec poils; *d*, Derme; *e*, Grosses travées émanées du derme cloisonnant la tumeur; *f*, Minces travées conjonctives, microscopiques, faisant suite aux travées *b* et formant la travée du tissu épithélial. Ces travées ne s'anastomosent jamais et ne forment pas d'anneaux complets; *g*, Cavités arrondies, allongées ou fissures qui criblent le tissu épithélial. Ce sont les lumières des lobes et lobules glandulaires partiellement canaliculées, dont l'enchevêtrement constitue la tumeur; *h*, Cellules épithéliales sébacées; *m*, Éperons conjonctifs qui proéminent sur les parois d'une cavité glanduleuse et la subdivisent; *o*, Cavité d'un acinus ou plutôt d'un lobule glandulaire, subdivisé en cavités secondaires par les éperons *m*; *p*, Paroi kératinisée des cellules sébacées; *r*, Graisse en gouttes ou en amas irréguliers; *s*, Noyau des cellules sébacées; *v*, Vaisseau sanguin vide; *z*, vaisseau lymphatique.

tions superficielles, se montrent des infiltrations sanguines étendues, de véritables hémorragies interstitielles, qui par leur compression, paraissent avoir contribué à l'expulsion des bourgeons pulpeux émergeant au niveau des parties nécrosées.

Aspect microscopique. — C'est sur des coupes microscopiques de moyenne épaisseur que la structure de la tumeur peut être le mieux étudiée : son tissu infiltre le derme à un 1/2 millimètre de la surface cutanée, et même là où il semble, à l'œil nu, s'étaler en nappes continues, il se montre déjà, à la loupe, segmenté en

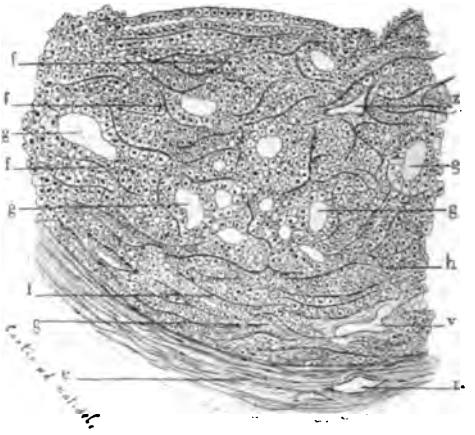


Fig. 3. — Coupe du tissu néoplasique au centre de la tumeur. Elle montre la structure épithéliale complète qui règne dans la majeure partie de la tumeur.

îlots de 5 à 10 millimètres de large, par une série de cloisons émanées de la bande superficielle de tissu dermique persistant.

Si l'on étudie l'un de ces îlots pris isolément, tel qu'il est représenté en partie dans la figure 2, on constate qu'il se compose de deux éléments :

1° D'une charpente conjonctivo-vasculaire;

2° De cellules épithéliales.

La trame conjonctivo-vasculaire est en connexion directe avec les travées plus larges qui se détachent du derme. Elle se compose de traînées de fibres lamineuses très déliées et irrégulièrement disposées. Ces traînées de 14 à 28 μ de large sont les unes, rectilignes, presque filiformes, d'autres, légèrement ondulées; un grand nombre enfin se bifurquent en Y, ou s'élargissent en plaques plus larges. Aucune d'elles ne peut être suivie sur un long trajet; elles ne s'anastomosent pas de manière à former une trame réticulée, mais se disposent simplement en travées discontinues, paral-

lèles entre elles et aux bords des îlots, dans le voisinage des grosses cloisons cutanées du derme, éparses ailleurs au milieu du tissu néoplasique (fig. 2).

Celui-ci est formé de cellules épithéliales, intimement réunies les unes aux autres, qui s'étalent en nappes continues. Elles s'implantent perpendiculairement sur les minces travées conjonctives de la charpente; ailleurs elles se tassent sans ordre apparent. Au milieu de ce tissu presque uniquement épithélial apparaissent, dans certaines régions, un assez grand nombre d'orifices, ayant jusqu'à 60 μ de diamètre, les uns circulaires, les autres ovoïdes ou même fissuraires, sous forme de fentes longitudinales (fig. 2). Ils se montrent par groupes et font ailleurs tout à fait défaut. La figure 2 reproduit une région où ils étaient assez nombreux. On remarque que les cellules se disposent très régulièrement autour des orifices et des fentes longitudinales, comme si elles constituaient un véritable revêtement épithélial glandulaire. La coupe de la tumeur ressemble ainsi à celle d'un organe tubuleux, à canaux pelotonnés et sectionnés suivant des plans variables.

Cette analogie est si forte dans certains points qu'on croirait avoir sous les yeux la coupe de la substance corticale d'un rein, les cellules des tubes contournés étant gonflées, vésiculeuses et obstruant partiellement la lumière des canaux. Les orifices et fentes qui criblent le tissu épithélial suivent à peu près dans leur disposition les travées conjonctives. Vers le centre des îlots néoplasiques, là où les travées s'éparpillent, prédominant les orifices circulaires ou ovoïdes, vers les bords, au voisinage des grosses cloisons dermiques, apparaissent surtout les fentes longitudinales, en même temps que la charpente se dispose en lignes parallèles.

Il existe donc dans la masse épithéliale de la tumeur, un système de cavités qui apparaissent par places sur la coupe. Ces cavités sont les unes vides, les autres remplies de sang ou de détritus cellulaires qui semblent provenir d'une desquamation épithéliale. Quelle est leur nature? Avons-nous affaire ici à une tumeur de structure réellement tubulée, formée par des tubes pelotonnés et agglomérés, ou cet aspect n'est-il que le résultat de modifications évolutives d'un système cavitaire partiellement oblitéré? Pour répondre à cette question, il nous faut étudier d'autres régions du néoplasme de structure quelque peu différente. Examinons les points où existent les cavités déjà visibles à l'œil nu. A côté d'elles on en reconnaît d'autres au microscope, beaucoup plus petites, où s'accusent nettement les rapports du tissu conjonctif et épithélial. Ici existe tout un système de cavités, les unes isolées, les autres intercommunicantes,

dont la structure rappelle la disposition d'une glande. La figure 3 met ce fait en évidence. Sur le pourtour à peu près circulaire d'un orifice assez large, le tissu conjonctif formant enveloppe, projette vers le centre d'une cavité une série d'éperons très grêles, au nombre de sept à huit, qui tendent à subdiviser la lumière unique en une série de fissures secondaires. Tous les éperons, ainsi que les anfractuosités intermédiaires, sont revêtus d'une couche épithéliale continue formée de grosses cellules polyédriques disposées sur un ou plusieurs rangs. L'ensemble rappelle ainsi une glande à structure lobulaire. En somme on a sous les yeux une cavité glandulaire cou-

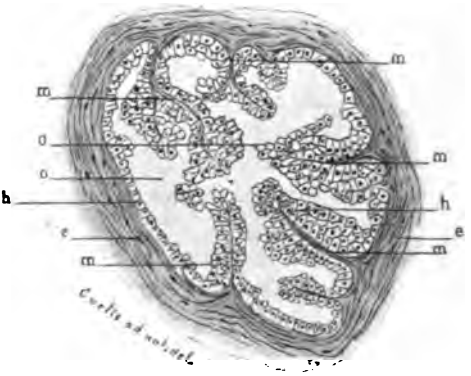


Fig. 1. — Petite cavité d'un lobule glandulaire qui s'est complètement canaliculé, et présente un orifice subdivisé par les éperons conjonctifs *m*, en diverticules secondaires. Il existe des régions étendues où tout le tissu néoplasique est formé de cavités analogues communiquant les unes avec les autres. Le tissu néoplasique prend alors l'aspect d'une coupe de glande acineuse.

verte de végétations conjonctivo-épithéliales qui tendent à s'accoler par leurs extrémités et leurs bords. Dans quelques points cet accolement est presque complètement effectué et, par une série de formes intermédiaires, on s'achemine ainsi à des aspects donnés par la figure 2. Supposons, en effet, que les villosités de la figure 3 se développent davantage, que par leur couche épithéliale hypertrophiée elles se soudent entre elles, ne laissant subsister de la cavité générale que quelques fentes ou orifices circulaires, et l'on aura ainsi très exactement réalisé la contexture générale du néoplasme. Non seulement l'interprétation des formes intermédiaires nous permet de réaliser cette synthèse, mais l'examen direct des régions représentées dans la figure 2 la confirme et la démontre. En effet, si l'on y regarde de près, on constate que dans la figure 2 la charpente conjonctive ne forme jamais autour des orifices apparents une ceinture ininterrompue. Aucun pertuis, aucune fente ne sont

bordés d'une membrane anhiste continue, ni d'une enveloppe complète de fibres lamineuses, preuve évidente qu'il ne s'agit pas ici de la coupe de vrais tubes épithéliaux, mais de simples lacunes et de fissures inter-épithéliales.

Ainsi donc toute la masse de la tumeur, dans les régions représentées figure 2, pourrait être conçue comme un énorme enchevêtrement et un accolement plus ou moins intime d'une infinité de végétations conjonctivo-épithéliales analogues à celles de la figure 3, mais énormément hyperplasiées. Qu'il soit toutefois bien entendu qu'il ne s'agit ici que d'une conception schématique, destinée à faire saisir la contexture du tissu représenté figure 2 et non pas d'une interprétation histogénique. Il est, au contraire, bien évident que le tissu épithélial compact de la figure 2 représente le stade primitif, et que les cavités ou lacunes de la figure 3 ne sont que les formations secondaires consécutives à des fontes cellulaires et à des dilatations par rétention pathologique. Nous avons affaire, en somme, à une tumeur de structure glandulaire, lobée et lobulée, mais d'une lobulation très complexe, et dont les lobules intimement agglomérés sont obstrués presque en totalité par des cellules épithéliales, ou creusés çà et là de petites cavités pouvant aller jusqu'à la formation de kystes et de lacunes.

Quelles sont les glandes qui ont donné naissance à cette néoformation?

Le siège et la disposition lobulée du tissu néoplasique qui s'accuse avec évidence dans certaines régions (fig. 1), font songer immédiatement aux glandes sébacées.

Une glande sébacée normale est, en somme, un crypte cutané, simple ou divisé en lobes ou lobules de différentes dimensions. Si ceux-ci se multiplient et s'hypertrophient; si surtout des lobules secondaires et tertiaires de plus en plus petits se greffent sur les lobes principaux en même temps qu'une lumière perméable s'y dessine, on verra finalement apparaître un tissu compact comme celui de la figure 2, ou des culs-de-sac glandulaires, creux comme ceux de la figure 3.

Dans cette dernière coupe, les lames conjonctives qui s'élèvent sur le pourtour de la cavité générale, ne sont donc pas, au sens propre du mot, des villosités par prolifération du stroma; ce sont, au contraire, les cloisons persistantes, très amincies, qui reproduisent ici, d'une manière plus ou moins typique, la structure lobulaire de la glande sébacée normale. L'absence de toute prolifération cellulaire au niveau des éperons prouve l'exactitude de cette interprétation.

L'origine sébacée de la tumeur est mise hors de conteste par

l'examen des coupes faites à de forts grossissements. Bien que les pièces n'aient pu être examinées qu'après passage dans le formol et l'alcool faible, nous avons cependant réussi, après lavage, à mordancer quelques petits fragments par l'acide osmique. C'est sur des morceaux ainsi traités qu'a été faite la coupe représentée figure 4, à un grossissement d'environ 600 diamètres.

On y voit un groupe de grosses cellules qui donnent une idée exacte de celles qui constituent la totalité du néoplasme. Ce sont des éléments volumineux, variant de la forme allongée, cylindrique, à la forme polyédrique irrégulière, mesurant 20 à 25 μ dans leur plus grand diamètre, 10 à 15 dans le plus petit.

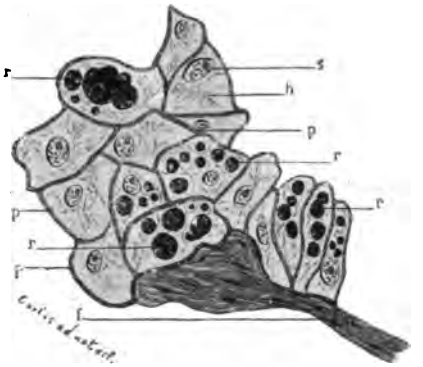


Fig. 5. — Cellules qui constituent la presque totalité du néoplasme, fixées sur une cloison conjonctive. On y voit les caractères de la cellule sébacée. Paroi keratinisée *p*. Là où la graisse a été dissoute, les cellules ont un aspect vacuolaire. Le protoplasme se réduit à de minces traînées à peine visibles.

Ils ont une paroi assez épaisse, parfois finement striée, formant comme une véritable coque, et se colorant particulièrement bien par l'acide picrique. Leur contenu protoplasmique se réduit à une fine masse granuleuse, ou légèrement striée, qui se dispose en traînées minces, éparpillées autour de grosses vacuoles. Celles-ci, vides dans la plupart des cellules, sont en quelques points remplies de grosses masses de graisse, colorées en noir intense par l'acide osmique.

Les noyaux sont d'ordinaire excentriques, refoulés dans l'un des angles de la cellule ou totalement masqués par les volumineuses inclusions de graisse. — En somme, on a sous les yeux des cellules qui, par leur structure et leur évolution, rappellent des éléments bien connus. — Elles sécrètent de la graisse à leur intérieur, subissent à leur périphérie une transformation cornée qui leur fournit une coque kératinisée; ce sont bien là les caractères de la cellule sébacée. — Aussi en rapprochant ce fait de la texture lobulaire que nous avons décelée dans notre néoplasme, nous n'hésiterons plus à déclarer que nous avons affaire, dans le cas présent, à une prolifération énorme de glandes et de glandules sébacées du derme, à un véritable adénome sébacé de la peau.

Les cellules constituantes n'ont évidemment pas conservé le type sébacé pur. La graisse ne s'y trouve plus en petites gouttelettes toutes égales, laissant après dissolution par l'alcool, apparaître un protoplasme creusé de fins alvéoles régulièrement disposés. Elle s'amasse en gouttes très volumineuses, au nombre de trois à quatre, ou même en une masse lobulée unique qui, lorsqu'elle se trouve dissoute par les réactifs, laisse au corps cellulaire un aspect vésiculeux. Néanmoins la fonction sébacée paraît presque partout conservée. Comme les fixations osmiques n'ont pas été faites sur la pièce fraîche, on peut se demander si les dispositions des gouttes graisseuses dans le protoplasme ne sont pas artificielles. Un fait témoigne qu'il n'en est rien. Dans les fragments que nous avons examinés, la peau se retrouve intacte avec une série de glandes sébacées annexes absolument normales. Celles-ci renferment encore en très grande quantité de la graisse franchement colorée en noir par l'acide osmique et bien répartie en fines gouttelettes. — Tout histologiste sait d'ailleurs que lors même que la graisse est dissoute dans une cellule sébacée, celle-ci n'en conserve pas moins l'empreinte de la sécrétion disparue, qui s'accuse encore par la disposition finement alvéolaire du protoplasme. Dans le cas présent, ce ne sont donc pas, à coup sûr, les réactifs qui ont pu donner aux cellules les aspects qu'elles présentent dans la figure 4.

La question se pose également de savoir dans quelles limites la production d'une matière sébacée pouvait être conservée dans notre néoplasme. Dans les fragments examinés, la sécrétion de graisse n'apparaît qu'en îlots disséminés. Faut-il admettre que partout où l'on n'en voit plus trace elle ait été dissoute en totalité par l'alcool?

Il est difficile de trancher la question, par suite de la fixation insuffisante de nos pièces. Certes si la graisse a persisté dans les glandes sébacées de la peau, plus directement exposées à l'action dissolvante des réactifs, il semble peu probable qu'elle ait pu être extraite en totalité de larges surfaces du tissu néoplasique. Néanmoins le degré de perméabilité à l'alcool de la peau et du tissu de néo-production peut être très différent, et l'examen de nos coupes nous oblige à admettre ce fait. Presque partout, en effet, et sur de très larges étendues, les cellules constituantes de la tumeur se montrent véritablement vacuolaires, envahies par une ou deux grosses vacuoles, absolument vides, dans lesquelles aucun réactif ne peut rien colorer. Le protoplasme, réduit à quelques rares filaments réticulés ou anastomosés, loge un noyau excentrique, refoulé dans un angle du corps cellulaire; et tous ces détails indiquent bien que de grosses inclusions graisseuses ont dû être dissoutes. Nous croyons

donc que l'aspect présenté par nos coupes osmiées est loin de répondre à la normale et que la sécrétion sébacée, qui nous semble ici restreinte à des régions très limitées devait en réalité s'étendre bien davantage et persister dans la majeure partie du tissu néoplasique. Nous disons la majeure partie, mais non en totalité. Il existe en effet, dans nos coupes, des îlots parfois assez étendus, de cellules épithéliales qui incontestablement n'ont jamais renfermé de graisse. Ce sont des éléments jeunes; nous les décrirons plus loin.

Sur les bords des nodules néoplasiques, au voisinage des grosses cloisons conjonctives, les cellules épithéliales se tassent, s'aplatissent et tendent à prendre une forme presque lamelleuse. Vers le centre des lobules, au contraire, elles s'étalent, s'arrondissent, deviennent presque vésiculeuses. Tantôt, en un mot, le processus de kératinisation l'emporte, tantôt l'évolution graisseuse prédomine.

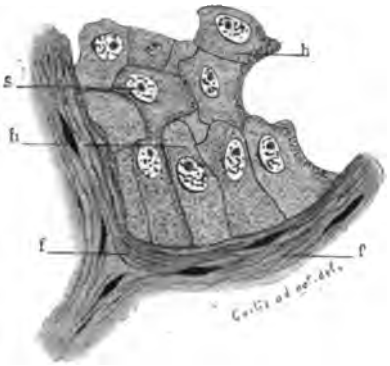


Fig. 6. — Cellules épithéliales, forme non différenciée, éléments jeunes à gros noyaux à protoplasma granuleux, formant des îlots assez étendus, répartis sans ordre au milieu du tissu néoplasique, formé de cellules sébacées proprement dites.

Comment s'est fait l'accroissement de cette énorme tumeur?

C'est en vain que nous avons cherché sur les bords des îlots néoplasiques ou sur les limites de la masse totale des indices de prolifération épithéliale. Partout en ces points on ne retrouve que des cellules déjà très différenciées dans lesquelles domine soit la kératinisation périphérique, soit la sécrétion graisseuse centrale. Il ne semble donc pas que l'accroissement se fasse en ces régions. Si, d'autre part, on parcourt la surface de coupe de certains îlots, on est surpris de rencontrer en quelques points, au beau milieu du tissu néoplasique, des amas circonscrits de cellules épithéliales d'un caractère absolument spécial.

La figure 5 représente un groupe de ces éléments vus à un fort grossissement. Ils ont bien encore la forme et les dimensions précédemment décrites, mais leur structure diffère complètement. Leur corps n'est plus limité par un double contour, mais par un trait fin, très délié, qui indique qu'il n'y a plus ici aucune trace de kératinisation périphérique. Le protoplasme, qui se colore légèrement en jaune rougeâtre par le van Gieson, remplit en totalité la cellule

d'une masse finement grenue, sans trace de vacuole, ni d'inclusion étrangère quelconque. Les noyaux enfin, sont bien centraux, plus volumineux, et surtout beaucoup plus colorables qu'ailleurs, de sorte que, dans leur ensemble, ces cellules ont un aspect jeune qui éveille l'idée de centres de prolifération. Si nous n'avons pas trouvé de karyokynèses démonstratives, la pièce nous ayant été remise mal fixée, nous avons pu constater cependant, dans certaines cellules, l'existence de deux noyaux. Un fait, en un mot, reste certain, c'est que dans une tumeur formée presque exclusivement de cellules très différenciées, nous avons pu déceler des amas circonscrits d'éléments qui présentent tous les caractères de la cellule jeune en voie d'accroissement. Nous croyons que c'est par ces points que le néoplasme s'est développé. Son expansion s'est faite donc par voie d'accroissement central et non pas par progression périphérique.

Il faut enfin tenir compte, dans cette question, des hémorragies, abondantes qui infiltrent les tissus. Il est incontestable qu'elles ont dû contribuer à l'augmentation de volume, parfois brusque, de la tumeur, et qu'elles ont été sans doute la cause directe des nécroses et des ulcérations superficielles.

La tumeur que nous venons de décrire est-elle de nature bénigne ou de mauvaise nature? Est-ce un adénome simple ou un adéno-épithéliome sébacé? Par son aspect clinique, sa marche, elle avait bien les allures d'un cancer et fut opérée comme tel. Même à l'examen direct et microscopique, le doute est encore permis. La tumeur est purement épithéliale; son tissu mou et friable, riche en suc comme un encéphaloïde, paraît formé d'une trame conjonctive et d'une masse compacte de cellules agglomérées, dont les dispositions réciproques n'ont pu être élucidées que par une étude minutieuse. Qu'est-ce que tout cela?

Pour résoudre la question, il faut examiner deux points : l'état des confins du néoplasme, l'état des vaisseaux.

Sur les confins du tissu néoplasique, les cellules ne paraissent nulle part présenter des caractères de prolifération. Elles sont partout très différenciées et, en général, ne s'infiltrent pas dans le tissu conjonctif environnant. Certes, les limites des îlots de la tumeur ne sont pas partout absolument tranchées, mais il ne faut pas oublier qu'il en est de même pour une glande sébacée normale. Si çà et là quelques groupes de cellules paraissent s'égrener dans le tissu conjonctif, nulle part n'existe une infiltration en nappe à grande distance. L'état des vaisseaux nous fournit un indice encore beaucoup mieux accusé. Ceux-ci sont nombreux, aussi bien dans les

fines travées intra-lobulaires que dans les grosses cloisons périlobulaires. Ces vaisseaux sont de deux espèces, les uns sanguins, les autres lymphatiques. Or, quel que soit le point que l'on examine, aussi bien dans le centre des îlots néoplasiques que sur leurs bords, jamais on ne trouve un seul orifice vasculaire envahi ou obstrué par les cellules épithéliales proliférées. Les vaisseaux sanguins sont vides ou remplis de sang, parfois rompus, laissant voir l'origine des hémorragies qui inondent les tissus. Les vaisseaux lymphatiques qui apparaissent sous forme de fentes ou d'espaces triangulaires, renferment quelques leucocytes, mais jamais une cellule du néoplasme ne s'y rencontre. En un mot, il n'existe aucune trace de lymphangite cancéreuse, et ce fait est d'autant plus frappant que des lymphatiques béants et vides apparaissent en plein centre des îlots néoplasiques.

Ces deux faits réunis, l'absence d'infiltration périphérique certaine et la vacuité absolue des vaisseaux lymphatiques, nous font penser que, malgré son aspect menaçant, toute notre tumeur n'est qu'un adénome sébacé, simple, modifié par l'étendue et l'intensité de la prolifération épithéliale, ainsi que par les hémorragies interstitielles répétées, qui ont submergé et comprimé les tissus.

DISCUSSION DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Ainsi qu'on vient de le voir d'après l'analyse histologique, notre tumeur se compose de masses de *cellules épithéliales*, qui la plupart ont conservé les caractères spécifiques d'éléments bien connus, et se disposent en amas confluents, mais laissent encore deviner çà et là une *disposition lobulée* analogue à celle d'une glande.

Suivrons-nous l'exemple de certains auteurs, et devant l'importance de la prolifération épithéliale appellerons-nous cette néoplasie un épithéliome, comme le fait Bérard, par exemple? Ce serait là, à notre avis, un singulier abus de langage. Le mot d'épithéliome ne saurait être pris comme synonyme de tumeur épithéliale quelconque; il renferme quelque chose de plus, un sens précis consacré par l'usage, celui de tumeur épithéliale ayant une tendance spéciale à l'envahissement. C'est, en un mot, une tumeur maligne. Or, ni le cas de Poncet ni celui de Bérard n'ont ce caractère. Dans l'un et l'autre, des tumeurs existent depuis vingt et même trente ans; elles guérissent complètement par l'ablation, et l'examen histologique ne décèle aucune infiltration à distance. C'est donc bien à tort que Bérard s'est servi du mot d'*épithéliome sébacé primitif*, qui

ne peut ici que prêter à de regrettables confusions. Pour des raisons identiques, nous refuserons ce nom d'épithéliome à la tumeur décrite par nous.

Elle s'est développée sur un nodule préexistant; elle ne s'est accompagnée d'aucune induration ganglionnaire, malgré un accroissement rapide, et les détails histologiques, précédemment relatés, montrent bien l'absence de tout envahissement épithélial des régions avoisinantes et de toute propagation vasculaire. La tumeur, malgré son volume et son aspect, est donc bénigne et deux termes seuls peuvent lui convenir : celui d'*hypertrophie glandulaire* ou d'*adénome simple*. Ceci nous oblige à aborder une discussion quelque peu théorique et à définir de plus près des termes auxquels semble s'attacher aujourd'hui un léger degré d'incertitude.

Si, en général, dans l'esprit des anatomo-pathologistes, le terme d'adénome ne semble plus avoir une précision suffisante, il s'obscurcit encore davantage lorsqu'il s'agit de l'appliquer aux lésions de l'appareil sébacé. Les altérations décrites par Balzer, par exemple, sont écartées du genre adénome par Unna; celles relatées par Pringle, Caspary, Crocker, sont éliminées par Barlow. Celui-ci a fait de louables efforts pour rétablir le genre adénome dans ses limites précises.

L'adénome, dit-il, est une néoformation glandulaire reproduisant plus ou moins la configuration d'une glande, mais différant du tissu maternel par la structure et la perte de la fonction primitive. Si cette définition sépare assez bien l'hypertrophie et l'hyperplasie simple de l'adénome, nous ne voyons pas qu'elle ait le même avantage à l'égard de l'épithéliome. Celui-ci peut être formé d'éléments disposés d'après un type glandulaire, différant plus ou moins du tissu d'origine par la structure et la fonction. Il nous semble qu'à toute la critique de Barlow manque avant tout une notion, celle de l'évolution, du terme auquel aboutit irrévocablement la lésion. Cet oubli d'une idée si simple et cependant capitale dans toute l'histoire des néoplasmes vient sans doute de ce qu'en Allemagne on donne parfois le nom d'adénome à des productions qui cependant se généralisent, tels, par exemple, les adénomes du corps thyroïde, et qu'on parle alors d'adénomes malins, ou métastatiques (adenoma destruens). En France même, ne faisons-nous pas la même confusion à propos de certains cancers primitifs du foie? C'est là une tendance contre laquelle il faut réagir, et nous pensons qu'il y a tout avantage et même nécessité absolue à réserver le nom d'adénome aux seules néoplasies qui évoluent sans tendance à la généralisation, ni à la récidive, sans hétérotopie, qui sont en un mot

bénignes. Elles peuvent certes se transformer dans certains cas, devenir parfois envahissantes, mais ne vaut-il pas beaucoup mieux dire alors que l'adénome est devenu un épithéliome, un cancer, que de parler d'adénomes métastatiques ou carcinomateux? Qu'importe, d'ailleurs, toute cette question de désignation, s'il l'on n'en dégage une idée précise et utile? Elle ne serait qu'une vaine ergoterie, si elle ne devait éclairer notre jugement. Or, en dehors de l'idée morphologique simple de la néoformation glandulaire et de l'idée clinique de bénignité à laquelle répond le fait histologique précis de l'absence d'hétérotopie, il est impossible à l'heure actuelle de trouver ailleurs les éléments d'une définition absolument adéquate de l'adénome. Dire, avec Barlow, qu'une tumeur ne peut être un adénome que si ses éléments ont perdu leurs fonctions, c'est d'abord avancer un fait tout à fait inexact, c'est, de plus, s'engager dans une voie pleine d'incertitude. Quel est le pathologiste qui voudrait affirmer aujourd'hui qu'il possède des connaissances précises sur les fonctions cellulaires néoplasiques? Faire dépendre une définition de genre de connaissances que nous n'avons pas encore, c'est commettre une véritable pétition de principe. En posant sa définition sur le terrain physiologique, Barlow l'a établie sur un terrain glissant d'où elle risque de choir dans l'ambiguïté.

Restons-en donc à la vieille notion morphologique de la glande. Comme le dit très bien Laguesse : « Une glande parfaite, simple, est une cavité, de forme bien définie pour chaque variété, limitée par une membrane propre homogène (doublée de cellules conjonctives de Boll), tapissée en dedans par une membrane épithéliale formée d'éléments sécréteurs, en dehors par un réseau vasculaire, et communiquant avec l'extérieur par un canal ou tout au moins par un pore excréteur [1]. » C'est de cette notion qu'il faut déduire celle d'adénome, et rien n'est plus simple si au fait anatomique l'on joint l'idée d'évolution. Si cette cavité qu'est la glande se dédouble, si des cavités nouvelles se forment, l'adénome sera ébauché. Mais précisons davantage : l'adénome sera pour nous une tumeur développée aux dépens d'une glande et caractérisée par un fait essentiel, la production d'acini sécréteurs nouveaux.

Cette néoformation aboutit à l'édification d'amas épithéliaux dont la conformation générale rappelle plus ou moins celle de la glande originaire, sans jamais lui être identique. Les éléments constituants,

1. Laguesse. *Les glandes et leur définition histologique* (*Semaine médicale*, 11 mai 1895).

bien que très semblables aux cellules normales, en diffèrent cependant toujours par quelques détails. Il y a, en un mot, dans la configuration et la structure de tout adénome un certain degré d'aberration du type normal, et c'est ce qui le différencie de l'hyperplasie simple. On parle couramment d'adénomes typiques : le mot n'est pas exact. Les cellules d'un adénome et sa configuration ne sont jamais superposables à la norme, et si je ne craignais de créer un néologisme, je dirais volontiers que les éléments et la forme de la tumeur sont non pas métatypiques, mais paratypiques.

De plus, l'adénome est une prolifération épithéliale limitée, jamais envahissante, sans hétérotopie; elle constitue toujours une tumeur bénigne.

Partant de cette notion, nous pouvons, en ce qui concerne les glandes en général et les sébacées en particulier, définir de la manière suivante les termes hypertrophie, hyperplasie, adénome, épithéliome :

Hypertrophie. — Augmentation de volume proportionnelle de toutes les parties d'une glande, avec conservation complète de la conformation et de la structure normale. — Lésion indéfiniment stationnaire.

Hyperplasie. — Augmentation de volume et néoformation d'acini glandulaires,avec conservation de la configuration et de la structure normale. — Lésion stationnaire.

Adénome. — Augmentation de volume et néoformation abondante d'acini glandulaires, avec modification plus ou moins prononcée de la configuration et de la structure normales; paratypie. — Absence constante d'hétérotopie. — Tumeur bénigne.

Épithéliome. — Augmentation de volume et néoformation illimitée et indéfinie d'acini glandulaires, avec perte totale ou partielle de la conformation et de la structure normale, allant de la métatypie simple à l'atypie complète. — Hétérotopie constante, accroissement rapide et toujours envahissant. — Tumeur maligne.

Il nous reste maintenant à savoir quels sont les types de tumeurs que l'on peut classer dans l'ordre des adénomes sébacés.

Darier a déjà démontré qu'une série de néoplasies décrites sous ce nom n'étaient que des nævi verruqueux et devaient être écartées de la catégorie qui nous occupe. Cette élimination pourrait s'étendre aussi aux lésions décrites par Balzer et Menetrier. Unna est d'avis que celles-ci n'ont rien de commun avec l'adénome sébacé proprement dit, et nous partageons absolument cet avis. La disposition réticulée des tubes épithéliaux, le nombre considérable de kystes et enfin la participation des follicules pileux et même de l'épiderme

au processus néoplasique, sont autant de motifs qui nous confirment dans notre opinion.

La plupart des lésions décrites par les dermatologistes comme adénomes sébacés, sont donc pour nous des hypertrophies ou des hyperplasies glandulaires simples, ou des lésions d'un ordre tout différent. C'est dans les annales de la Chirurgie qu'il faut rechercher les véritables exemples d'adénomes des glandes sébacées, et nous croyons ici pouvoir distinguer deux types bien établis par les faits que nous venons de relater. Dans une série de cas, l'adénome reproduit la glande sébacée dans sa configuration et sa structure d'une manière déjà éloignée, mais encore suffisamment exacte pour que le type général de l'organe subsiste. C'est le cas dans l'observation de Bock et dans la nôtre. Dans toutes deux la conformation lobulée du néoplasme est encore visible; très nette partout dans le cas de Bock, plus effacée, mais encore décelable, dans le nôtre. Les cellules constituantes ont conservé le caractère sébacé quelque peu modifié : cuticulisation périphérique et production intra-protoplasmique de graisse subsistent; mais la kératinisation des parois cellulaires est beaucoup plus prononcée qu'à l'état normal; la production de graisse, limitée à certains groupes d'éléments, ne procède plus par petites gouttelettes régulières, mais par grosses gouttes et masses volumineuses.

Dans d'autres circonstances, les adénomes présentent un type d'organisation bien différent, décrit par Poncet et Barlow. Il s'agit toujours de néoformations issues d'une manière évidente des glandes sébacées, mais leurs éléments constituants s'écartent beaucoup du type normal; ils ressemblent tout au plus aux cellules basilaires des acini d'origine, et de plus le stroma conjonctif, ayant subi diverses dégénérescences, muqueuse, hyaline, colloïde, pénètre les masses épithéliales et les remanie d'une manière variée; d'où disparation presque complète de la structure lobulée.

On peut donc admettre dans la classe des adénomes sébacés deux variétés distinctes :

1° L'adénome simple, sans modification du stroma, tumeur bénigne : cas de Bock, Rindfleisch, Monti, Bérard (IIe obs.), Curtis;

2° L'adénome compliqué, avec dégénérescence variée du stroma et des gaines vasculaires, tumeur bénigne : cas de Poncet, Barlow.

Au point de vue clinique, nous pensons qu'il est très important d'attirer l'attention sur l'existence de la couche de tissu d'aspect fibreux, sur lequel reposait la tumeur. C'est sur lui qu'elle était mobile, car elle l'était réellement et il n'y avait pas de prolonge-

ments profonds, comme l'examen du malade avait pu le faire croire.

Le doute qui persistait, concernant la mobilité de la masse tout entière était dû à la largeur considérable de la base d'implantation du néoplasme; mais il est vraisemblable que si l'examen avait été pratiqué d'une façon plus précoce, il n'y aurait pas eu d'incertitude à cet égard et nous aurions peut-être conclu d'emblée à l'existence d'une tumeur bénigne. De même, au point de vue opératoire, il est nécessaire de respecter, dans des cas semblables, l'espèce de bourse séreuse fibreuse constituée par un épaississement considérable de l'aponévrose du masseter. Il semble qu'on ait le droit de dire que ce tissu fibreux est une barrière de défense construite par l'organisme pour limiter et arrêter l'envahissement du néoplasme vers la profondeur. La nature bénigmne du mal étant bien démontrée, il convient de ne plus pratiquer l'ablation de ce plan fibreux qui, selon les régions, peut se trouver en rapport avec des organes importants qu'il est toujours regrettable de sacrifier. Dans notre observation, par exemple, si notre religion avait été éclairée plus tôt, le facial eût vraisemblablement été épargné, sinon en totalité, du moins dans quelques-uns de ses filets [1].

1. Nous renvoyons pour la bibliographie de détail, au mémoire de Barbou.

AMPUTATIONS OSTÉOPLASTIQUES

APPLIQUÉES

DANS LA CONTINUITÉ DES OS LONGS DES EXTRÉMITÉS

Par le Prof. Z. SAMFIRESCU

Directeur du Laboratoire de Chirurgie opératoire à la Faculté de Médecine de Jassy.

(*Travail du Laboratoire* [1].)

HISTORIQUE

I

Pour démontrer clairement l'importance de notre innovation et la place qu'elle doit occuper dans le cadre des ostéoplasties, nous croyons nécessaire de faire un court historique général se rapportant plutôt à la manière dont les anciens entendaient l'ostéoplastie.

Nous nous efforcerons, à l'aide de cet historique, de mettre en relief et de remémorer plusieurs questions de la littérature de l'histologie physiologique chirurgicale. Nous espérons, à l'aide de ces faits contribuer puissamment à convaincre de l'égale plasticité de tous les tissus, sans distinction, même les chirurgiens qui gardent encore, à cet égard, un scepticisme non justifié par les expériences.

II

L'idée de la reproduction de l'os appartient à une époque très reculée, car l'expression « reproduction de l'os lui-même » est mentionnée même dans les anciens papyrus d'Égypte où l'on parle de médecine.

La connaissance de ce fait est affirmée constamment par les Indiens durant six siècles, jusqu'à l'époque d'Hippocrate; car celui-ci fut le premier qui changea le nom « reproduction » et donna une autre direction à la source de la genèse de l'os.

1. L'Académie de Médecine de Paris, en décembre 1899, a accordé une mention honorable à ce travail.

Il soutenait que l'os ne se reproduit pas, mais qu'il se répare de sa propre moelle. Il résulte cependant de ses démonstrations, que ces réparations consistent dans la reproduction exacte de la portion de l'os remplissant parfaitement le vide laissé par le séquestre.

La théorie d'Hippocrate dura plus de cinq siècles, jusqu'à Celse. Celui-ci renversa la théorie d'Hippocrate, en soutenant les motifs de la théorie primitive des médecins arabes et indiens, que l'os ne se répare pas, comme le prétendait Hippocrate, mais qu'il se reproduit. Il a même expliqué que la reproduction se fait par les bourgeons osseux, comme pour les tissus mous.

L'autorité de Celse fut si grande que sa théorie devint une véritable école que nul n'osa attaquer jusqu'à Galien.

Celui-ci, d'une autorité égale, a changé la théorie de Celse, affirmant que la reproduction de l'os est due à un suc sécrété par la totalité de la substance osseuse, dans la partie demeurée libre par l'élimination du fragment nécrosé.

Il l'a nommé « suc osseux ».

Il est évident que cette thèse est la même que les médecins arabes et indiens avaient soutenue dans l'antiquité, mais démontrée d'une autre manière.

Et, en effet, qu'aurait signifié dans leurs écrits l'expression « l'os pousse de l'os même », s'ils n'avaient compris que cela ne peut se réaliser sans sécrétion?

Ce fait a été expliqué par Galien assez clairement et avec beaucoup d'habileté, pour démontrer la source de la substance, qui reproduit l'os éliminé. D'ailleurs, les démonstrations de Galien se rapprochent davantage de l'histologie physiologique de la genèse de l'os; et, s'il avait eu des connaissances approfondies en botanique, et qu'il eût comparé le tronc d'un arbre à un os, il aurait certainement affirmé avec certitude que le suc osseux provient du périoste, de sorte que la découverte de Duhamel n'aurait plus eu lieu. Car, en réalité, qu'a fait Duhamel, sinon reprendre les assertions de Galien, et par comparaison, affirmer que ce suc provient du périoste reproduisant l'os comme l'écorce molle qui recouvre intimement la substance ligneuse.

Comme toute idée nouvelle, la théorie de Galien fut discutée pendant des siècles, mais le principe fondamental n'en a pas été détruit, et, au contraire, il est demeuré jusqu'à nos jours; car quiconque connaît les écrits de Dupuytren, de Malgaigne, etc., se souvient de leurs théories histologiques sur la formation du cal dans les fractures, la résorption du cal primitif par le nouveau et la manière d'expliquer ces phénomènes, qui seraient dus à ce que l'on nom-

mait la lymphe plastique, qui n'est autre chose que le suc osseux de Galien. Toutefois, Dupuytren et Malgaigne étaient partisans de la théorie de la reproduction de l'os par le périoste.

La dénomination de « suc osseux » de Galien a résisté à toutes les discussions et aux critiques non justifiées, qui lui furent faites jusqu'au XIIIe siècle, lorsque Henri de Mondeville, avec une remarquable autorité en physiologie chirurgicale, a réussi à convaincre bon nombre de savants de son époque que seule la théorie hippocratique devrait être sérieusement prise en considération. Et, en effet, on peut s'étonner à juste titre que pendant si longtemps elle ait été acceptée telle quelle, par des maîtres comme Guy de Chauliac au XVe siècle et par Ambroise Paré, au XVIe, savants qui ont d'ailleurs créé des époques si remarquables en chirurgie, qu'on en tient toujours compte, lorsqu'il s'agit de constituer une œuvre chirurgicale, quelle qu'en fût l'importance.

Mais, au XVIIe siècle (1653), apparut Clopton Havers, qui, par une innovation histologique bien justifiée, a ajouté à la théorie de Galien et a soutenu que l'existence du suc osseux est parfaitement exacte, et en affirmant qu'il ne provient pas de la substance même de l'os, mais bien des vaisseaux sanguins contenus dans les canalicules osseux qui portent son nom.

Cette idée a changé le courant des opinions de nombreuses capacités chirurgicales, et ce fait fit rouvrir de nouveau l'ère des discussions, qui n'eurent d'autres résultats que de les faire passer d'une théorie à l'autre. Ces discussions, quoique stériles, durèrent néanmoins près d'un siècle, lorsque parut enfin la découverte réelle de la source et du mode de reproduction de l'os, découverte reposant sur des expériences bien déterminées.

III

C'est au XVIIIe siècle que fut réservée, dans le champ des connaissances physiologiques de la chirurgie, la découverte de Duhamel, car il fut le seul qui ait médité sur la ressemblance qui existe entre la partie molle de l'écorce de l'arbre et celle de l'os — le périoste (1739).

Partant de ce principe, il fit de nombreuses expériences, à la suite desquelles il a signalé d'abord à la physiologie histologique que l'os ne se répare pas, mais qu'il se reproduit, et a déterminé ensuite, d'une manière certaine, que cette ostéogenèse ne s'effectue pas par l'os, mais par le périoste, tandis que la moelle, les vaisseaux

des canaux de Havers et ceux des parties molles, ne sont que des accessoires, qui contribuent à l'entretien du périoste, dans des conditions normales, pour fonctionner comme tels.

Les expériences ultérieures, faites dans le champ intime de l'histologie physiologique, multiplièrent à ce point ces connaissances, qu'aujourd'hui il n'est plus permis à personne de douter de la source de la génèse osseuse. Bien que ces expériences aient atteint leur but, la découverte de Duhamel a été combattue par plusieurs savants pendant près d'un siècle.

Parmi ceux qui la combattirent en France avec le plus d'acharnement, il y eut J.-Dom. Larrey, le grand chirurgien en chef de l'armée de Napoléon Ier, qui, dans la première moitié de ce siècle (1824), a dit, entre autres, « qu'on devait supprimer entièrement dans les écoles l'erreur introduite par Duhamel, puisque de la sorte seulement les générations futures oublieront les théories erronées introduites en la Science ». — Larrey père était partisan de la théorie hippocratique.

N'oublions pas de signaler, en passant, que les assertions de Larrey étaient analogues à celles de Velpeau sur l'anesthésie. Velpeau, dans son Traité de Médecine opératoire, que l'on traduisait à New-York vers 1836, soutenait que « prétendre qu'un corps chimique quelconque produirait l'anesthésie avant l'opération était une hérésie », et cependant on savait depuis longtemps qu'à Philadelphie les dentistes utilisaient avec succès comme anesthésique dentaire le protoxyde d'azote et l'éther.

Malgré la lutte véhémente que Larrey et ses adeptes soutinrent contre l'innovation de l'ostéogenèse physiologique de Duhamel, cette théorie n'a point disparu et ne fut pas chassée des écoles. Comme à toute grande idée, de nombreuses expériences lui ont fait prendre des racines stables, qui lui donnèrent une telle solidité qu'aujourd'hui elle n'est plus mise en doute par la chirurgie sérieuse.

IV

La révolution produite en chirurgie par la découverte de Duhamel eut un retentissement plus rapide et mieux fondé parmi les chirurgiens allemands, car, tandis qu'en France une autorité comme Larrey, soutenu par maints de ses contemporains, luttait de toutes ses forces pour détruire et enterrer la découverte de Duhamel, en Allemagne, entre 1805 et 1824, Vincent Ritter von Kern, se basant sur le fait unique que l'os se reproduit du périoste et que là où, par

suite de circonstances pathologiques, le périoste manque, il était logique de greffer des segments ostéo-périostés du voisinage, retenus sur le lambeau. Il réussit à merveille nombre de fois, quoique l'antisepsie fût encore inconnue.

Dieffenbach, en 1829, s'appuyant sur les mêmes principes, a fait des expériences de greffes ostéo-périostéo-cutanées, en partie détachées et placées à certaine distance. — Quoique ces essais n'aient pas obtenu un éclatant succès, néanmoins il prédit un superbe avenir à ces greffes.

Parmi les chirurgiens partisans ardents du principe novateur de Duhamel, on en trouvait qui excluaient toute innovation autre que celle de Havers. Parmi ceux-ci on comptait Jäger, d'Erlangen, qui, en 1836 a inauguré et exécuté sur le vivant le procédé au lambeau talonnier, appliqué aux amputations tibio-tarsiennes. En opérant, il racla sur la mortaise tibiale toute la couche cartilagineuse, croyant que, selon le principe de Havers, adopté par lui, la mortaise tibiale raclée se remplirait de substance osseuse jusqu'aux extrémités malléolaires.

Syme, d'Edimbourg, en 1842, s'approprie le procédé de Jäger, mais en le modifiant de façon à donner au lambeau la forme d'une guêtre; il a relevé le périoste sur le bord de la mortaise et des malléoles, il a raccourci les malléoles, en les sectionnant, et il a raclé la concavité tibiale. — Ce procédé, ainsi modifié, est resté attaché au nom de Syme.

Les bons résultats réalisés par ce procédé l'ont fait adopter par Franz Chelius, d'Heidelberg, dans les cas analogues, et les résultats qu'il a obtenus, ont fait adopter ce procédé dans les plus hautes sphères de la chirurgie d'alors, en disant que « c'était là la pierre philosophale de la chirurgie ».

Le procédé de Syme, a suggéré aussi à Carden l'idée de modifier en 1846 la désarticulation du genou, en la transformant en une amputation transcondylienne et laissant sur le lambeau le périoste des parties sectionnées.

Ainsi donc, le principe d'après lequel opéraient von Kern, Dieffenbach, Syme, Chelius, Carden et toute la pléiade de chirurgiens qui travaillaient dans ce sens, n'était que celui de la régénération de l'os par le périoste, et d'autant plus que l'époque pendant laquelle exerçaient surtout les derniers était contemporaine des expériences que faisaient Heine, en Allemagne, et Flourens, en France.

V

A l'époque de ces luttes, Pirogoff, de Pétersbourg, voyageait en Allemagne, où la chirurgie expérimentale avait fait de grands progrès, de sorte que la majorité des chirurgiens avait acquis la conviction que l'os se reproduisait du périoste, même lorsqu'il se réparait.

Entre autres, il vit aussi Chelius opérant la désarticulation tibio-tarsienne, d'après le procédé de Syme. — Saisi d'enthousiasme pour ce procédé, aussitôt rentré à Pétersbourg, il l'appliqua quatre fois entre 1848 et 1849.

Des observations ultérieures qu'il fit sur ses opérés, il conclut que l'opération n'est pas aussi satisfaisante que le voulait Chelius, de sorte que, de la pierre philosophale de Chelius, il ne garda que la beauté du lambeau talonnier, pensant qu'on pourrait l'utiliser dans d'autres opérations du cou-de-pied.

Pirogoff avait encore vu expérimenter le procédé de la greffe osseuse de Dieffenbach, de sorte que souvent il se demandait s'il ne valait pas mieux incliner plutôt vers l'idée d'un processus de réparation de l'os.

Et en effet, une greffe osseuse, prise à une certaine distance, s'expliquerait plus facilement en faveur de la réparation de l'os, si le problème de la physiologie du périoste n'avait été résolu.

Pirogoff, comme beaucoup de contemporains, n'avait pas encore attribué au périoste irrité par la section l'importance qu'il a, en sécrétant assez de liquide ostéogénique, qui seul produit l'adhérence parfaite du segment et remplit le vide périphérique. Ce problème a été définitivement résolu par Ollier, à l'aide de ses nombreuses et variées expériences.

Quand un segment osseux remplit un vide, et que le liquide sécrété par la périoste le complète, sans doute il s'accomplit autant un processus de réparation que de régénération, de sorte que l'ostéoplastie de Pirogoff, de même que toutes les opérations analogues, imaginées jusqu'à présent, réunissent les deux processus physiologiques.

VI

Toutes les réflexions et les argumentations de Pirogoff, ainsi que tous les essais faits sur des cadavres durèrent jusqu'en 1852, lorsque pour la première fois il appliqua sur le vivant son procédé ostéoplastique, dont le résultat fut excellent. Un mémoire rédigé avec

une compétence magistrale sur ce cas fut présenté en 1853 au Congrès de Tubingue.

Vers la même époque (1845 et 1855) vivait aussi Larghi, médecin et chirurgien de l'hôpital de Verceil, petite ville de l'Italie du nord. Cet auteur s'appuyant sur le même principe de la genèse de l'os du périoste, faisait avec succès la résection sous-scapulo-périostée de la tête humérale dans les cas de fractures.

Ces grands succès de la plastie ostéo-périostique, devenant typiques, servirent évidemment de base à tous les chirurgiens dans toutes les ostéoplasties directes ou indirectes.

Et, en effet, le même principe conduisit aussi Gritti, de Milan, à pratiquer, en 1857, l'amputation ostéoplastique fémoro-rotulienne, opération qui fut aussitôt répétée en Russie, à Moscou et à Pétersbourg, puis en Allemagne par Langenbeck, et enfin par d'autres chirurgiens.

En 1859, Ollier, de Lyon, lut à l'Académie des Sciences de Paris un travail important, dans lequel il proposa des segments d'os pris du voisinage pour restaurer le squelette, et, comme exemple, il donna la rhinoplastie ostéo-périostéo-cutanée.

A cette époque, Ollier n'avait pas encore à sa disposition un hôpital où il pût appliquer lui-même son procédé; mais A. Nélaton, qui, à l'Académie avait écouté la description de ce procédé, l'accepta avec enthousiasme et le mit le premier en pratique sur le vivant, obtenant un succès éclatant. Ollier lui-même ne l'appliqua qu'en 1861, avec le même résultat. Cette ostéoplastie du nez fut relatée dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, en 1862.

En 1866, Ollier, ayant déjà un hôpital, combla le vide des os par des segments ostéoplastiques; cette opération servit comme type plus tard aux autres chirurgiens.

Les procédés d'ostéoplastie indirecte, ou les résections sous-périostées, furent tellement perfectionnés par Ollier dans ses expériences sur des animaux, qu'ils servirent de base à toutes les ostéoplasties directes.

VII

Pour arriver plus vite à l'idée qui m'a conduit à entreprendre sur le cadavre un nombre d'expériences en faveur du procédé ostéoplastique direct, dans les amputations de la continuité des os longs des extrémités, je ne citerai, en passant, que quelques procédés d'ostéoplastie directe les plus importants et qui ont servi de

type à beaucoup d'autres, plus ou moins analogues, mais sans entrer dans les détails des modifications qu'on y apporta par la suite. Ainsi Ollier, Wladimiroff, Mikulicz, Lintz, Tripier et tant d'autres, en se servant du type Pirogoff, ont exécuté au pied les plus importantes amputations ostéoplastiques.

Le procédé de rhinoplastie d'Ollier a certainement servi de base à Döllinger et Zenninko, lesquels, dans le spina bifida, ont pris un segment osseux des lames vertébrales, tandis que Bobroff, pour la même opération, le tira de la longueur des côtes; pour toute la colonne dorsale et pour la lombaire, il provenait des os iliaques. Sklifassowski prend l'os à l'omoplate pour la première vertèbre dorsale.

Treudelenburg-Kraske, pour la cure des hernies inguinales, comprend dans le lambeau un segment de la symphyse pubienne.

Wölfler en prend de la clavicule pour le maxillaire inférieur.

Schimmelbusch prend de la poignée du sternum un lambeau ostéo-cutané pour la trachée et l'os hyoïde.

Bergmann, pour la fracture de la rotule, façonne un lambeau ostéo-cutané pris un peu plus bas que la tubérosité du tibia, qu'il fait glisser pour le mettre en contact direct avec les fragments de la rotule.

Ollier utilise entre autres son procédé de rhinoplastie à la trépanation des os du crâne. Il forme un lambeau ostéo-cutané de la lame externe, que Wagner a proposé de tailler à l'aide du ciseau et du maillet de Macewen. Ceci fut répété par König, Müller, Schönborn et par beaucoup d'autres chirurgiens.

Sabanejeff, prenant comme point de départ l'opération de Gritti, en 1890 utilisa à la place de la rotule, qu'il conserva, un segment ostéo-cutané pris dans la tubérosité antérieure du tibia, à l'aide de deux sections, l'une transversale et l'autre frontale. Plus tard, Delitzin modifia le procédé, en taillant le segment antéro-postérieur du tibia, se servant d'une section oblique d'avant en arrière et de bas en haut.

De Bier, pour imiter la forme digitigrade, qui résulte de l'opération de Wladimiroff-Mikkulicz, a fait une ingénieuse section ostéoplastique au tiers inférieur de la jambe.

Pour mobiliser une partie remarquable de la cavité thoracique, on a imaginé et utilisé des procédés multiples et variés, parmi lesquels je citerai les plus importants dans la chirurgie pulmonaire, comme ceux de Estlander, Quénu, Delorme et Quénu-Hartmann.

Une ouverture, avec désossement, analogue à celle d'Estlander, et avec résection de la plèvre, fut faite pour la première fois en

France par Richerand, en 1818, ce qui fit croire qu'elle servit de type à Estlander et à Delorme dans leurs procédés.

De petites mobilisations, qui consistaient dans la section d'une partie d'une seule côte, proposées en Allemagne par Simon en 1869 et en France par Gayet, de Lyon, en 1875, furent proposées pour deux côtes. — Cette opération fut appliquée sur le vivant quelques mois plus tard par Létiévant, de Lyon, et c'est seulement en 1879 qu'Estlander signale l'application de son procédé.

Pourtant Ollier pratiqua dès 1859 de pareilles opérations, en sectionnant des fragments d'une seule ou de plusieurs côtes.

La section provisoire d'une portion d'une seule côte, faite par moi sur le vivant en 1877, pour évacuer l'épanchement intrapleural, a eu certainement en même temps pour mobiliser plus ou moins la région.

Les nombreux succès obtenus dans la direction des prothèses, par divers procédés ostéoplastiques imaginés jusqu'à présent, m'ont déterminé et conduit à prendre comme type les opérations faites au genou par Gritti et Sabanejeff, et j'ai modelé mes procédés de façon à ce qu'ils fussent appliqués au coude et au poignet.

Bardenheuer a transplanté des parties de l'épine de l'omoplate, de l'acromion et une partie du col et de la cavité glénoïde du scapulum, pour remédier à une perte de substance de la moitié supérieure de l'humérus.

VIII

Le présent travail, qui m'a donné l'occasion de faire une bonne partie de l'historique de quelques-unes des multiples et diverses ostéoplasties, a eu pour but de me permettre de justifier entièrement le procédé ostéoplastique que je propose pour les amputations classiques dans la continuité des os longs des extrémités.

Celui-ci consiste dans la formation d'un segment ostéo-périosté adhérent aux parties molles du lambeau, que l'on adapte intimement à la surface de l'os sectionné et qui, sans aucun doute, se réunira à son congénère, ainsi qu'il arrive aux tissus mous entre eux.

L'adaptation et la consolidation d'un tel segment diaphysaire à l'extrémité du tronc sectionné constitue sans doute un moignon tout aussi solide que le tronc du membre lui-même, à tissu identiquement diaphysaire. On ne peut obtenir de pareils résultats à tout âge, en appliquant le procédé des amputations dans la continuité, procédé sus-périosté de Marc Sée.

Et en effet, les minutieuses observations faites sur quelques moignons obtenus selon le procédé de Marc Sée prouvent suffisamment que l'application de ce procédé ne donne de bons résultats que durant la croissance de tout l'organisme, et jusqu'à l'âge de trente-cinq à quarante ans.

Par le procédé ostéo-périosté que je propose, outre l'immense avantage que présente le moignon comme solidité à tout âge, par rapport à celui que l'on obtient par le procédé périosté de Marc Sée, je crois avoir résolu un autre problème physiologique, très important en chirurgie, qui consiste dans la croissance de l'os en longueur chez les enfants qui ont subi une amputation dans la continuité du tronc osseux.

La jambe nous offre un exemple éminemment en contradiction avec le principe général de l'histologie physiologique, qui nous affirme que les épiphyses seules contiennent les éléments nécessaires pour la croissance de l'os en longueur et que l'exception à la jambe serait minime.

Et en effet, quel est celui qui en pratiquant la chirurgie pendant un certain nombre d'années et faisant chez les enfants des amputations dans la continuité, surtout à la jambe, n'a pu remarquer, en observant les opérés pendant quelque temps, que l'os a poussé en longueur beaucoup plus que l'étoffe molle dont le moignon a été recouvert, quoique celle-ci ait paru de beaucoup trop longue au moment de la suture des parties!

Ce changement de la disposition physiologique de croissance entre l'os et les parties molles est d'autant plus évident que l'amputation aura été faite dans la première enfance, ou à une époque qui n'en soit pas éloignée.

L'explication de l'arrêt dans la croissance de l'os en longueur par mon procédé opératoire s'appuie sur un autre fait physiologique, facile à saisir, si l'on fait une étude comparative entre les phénomènes qui se passent dans le périoste sectionné par une amputation classique simple, ou en adoptant le procédé de Marc Sée, et ceux qui se passeront dans une amputation ostéoplastique faite selon le procédé que je propose.

Expliquons-nous : les connaissances histologiques du périoste sont aujourd'hui bien déterminées par la physiologie et surtout si, une partie du périoste étant irritée d'une manière quelconque, donne lieu à une élaboration et à une sécrétion beaucoup plus actives des éléments ostéogènes. L'activité de la multiplication de ces éléments est en rapport avec l'âge de l'individu.

Si nous étudions ce fait chez un amputé opéré selon le procédé

classique, où le périoste a été irrité par le couteau même, qui en a formé les bords restés libres aux extrémités du tronc osseux, la croissance de l'os devra donc se faire en longueur. Cette croissance sera d'autant plus grande que l'individu est plus jeune. On observe la même chose si l'amputation a été faite d'après le procédé de Marc Sée, où les bords du périoste sont en contact l'un avec l'autre, au niveau de l'orifice médullaire de l'os.

Par mon procédé ostéoplastique, où le segment est adapté et suturé à l'extrémité du tronc osseux, de sorte que les bords du périoste qu'on retient sur ce dernier, se réunissent à ceux du périoste retenu sur le segment, il est certain que le mouvement des éléments ostéogènes, au lieu de se faire dans la continuité de la longueur du tronc osseux, comme dans les amputations classiques, se fera dans le périoste du segment, et de cette manière il s'établit une continuité tout aussi bien du moignon osseux que du moignon des parties molles.

L'action du mouvement des éléments ostéogènes ainsi effectuée ne servira certainement qu'à assurer la nutrition et l'adhésion du segment, parallèlement à celle du moignon mou, sans donner encore lieu à la croissance en longueur du tronc osseux.

Je suis convaincu que l'étude physiologique de cette question sera contrôlée par le premier chirurgien qui appliquera sur le vivant mon procédé ostéoplastique.

IX

Le principe général des amputations classiques dans la continuité, en ce qui concerne la détermination du point de section transversale, demeure le même dans mon procédé. Mais à la coupe de l'étoffe dont nous allons couvrir le moignon en entier, il nous faut retenir plus d'étoffe, au moins un centimètre de plus, pour le segment osseux, et le double dans les régions de l'avant-bras et de la jambe, où l'on retiendra deux segments.

La méthode que j'ai adoptée dans ces amputations est de les effectuer au moyen de lambeaux, procédé à deux lambeaux musculo-cutanés, d'inégale longueur et arrondis en forme d'U aux extrémités. Le grand lambeau aura les deux tiers de la longueur totale de l'étoffe et contiendra toujours le ou les segments osseux.

Ces lambeaux étant destinés à retenir les segments, seront découpés au bras et à la cuisse à la partie latéro-externe, et pour l'avant-bras, dans les parties molles de la face dorsale.

Le choix exclusif de ces régions, pour la confection des grands

lambeaux, m'est imposé pour deux raisons : la première est que ces tissus ne sont pas traversés par les grands troncs vasculo-nerveux, qui constitueraient d'ailleurs un grand inconvénient s'ils passaient par-dessus le segment et qu'on essayât d'appliquer à un tel moignon un appareil de prothèse. La seconde est que le procédé à deux lambeaux inégaux, et surtout lorsqu'on peut prendre le plus petit de la région la plus rétractile, comme dans le procédé que je propose, permet d'obtenir un moignon à cicatrice éminemment latérale. Par conséquent, lorsqu'un moignon présentera ces deux conditions essentielles, nous pourrons le placer dans un appareil de prothèse sans craindre le moindre inconvénient ultérieur.

La jambe, à cause de la forme variée que présentent tous les tissus, ne nous offre pas les mêmes avantages que la cuisse et les extrémités supérieures; car, en opérant au niveau du tiers inférieur, l'artère, les nerfs et les veines tibiales antérieurs se présentent dans le lambeau et demeurent dans le moignon, mais entre les segments, ce qui en diminue l'inconvénient; car l'appui direct du moignon dans un appareil de prothèse ne les comprimerait que par les parties molles du moignon et celles d'entre les leviers osseux. Ce fait ne présente pas l'importance anatomo-pathologique qu'il aurait si ces troncs vasculo-nerveux passaient par-dessus l'un des segments.

MANUEL OPÉRATOIRE.

J'ai divisé le mode d'emploi de ce procédé opératoire, en six temps :

Premier temps. — A l'aide d'une circonférence faite au crayon, on détermine les points de section classique de l'os. A partir de cette ligne, on taille, par des tracés toujours au crayon, les lambeaux aux extrémités arrondies en forme d'U (fig. 1).

Puis, au moyen d'un couteau d'amputation de grandeur proportionnée à la région sur laquelle on opère, nous incisons d'abord la peau, d'après les règles établies pour les amputations classiques; celle-ci se rétractant, on coupe après les muscles jusqu'à l'os. En sectionnant les muscles pour la confection du grand lambeau, on inclinera le tranchant du couteau obliquement en dedans et vers sa base, plus que pour la confection du petit lambeau, de sorte que la pénétration de la pointe vers l'os soit faite au delà du tiers de sa longueur totale (fig. 2).

Deuxième temps. — Avec une scie à arbre, on fait la première section transversale de l'os. On l'applique juste au point où le

tranchant du couteau s'est arrêté en confectionnant le grand lambeau et en correspondance avec la pointe du petit (fig. 2, 3, 7, 9, 12, 14).

Troisième temps. — A l'aide d'une rugine, on détache le périoste du voisinage des bords adhérents du lambeau à l'os, pour l'utiliser à couvrir les bords du segment après son adaptation. Puis, avec la même scie, on fait la section frontale, qui traversera verticalement la surface du canal médullaire, jusqu'à une profondeur égale à la circonférence du tronc osseux (fig. 2, 3, 7, 9, 12, 14).

Quatrième temps. — Ce temps est utilisé pour la seconde section transversale, section qui passera par où la frontale a pris fin. Une fois cette section achevée, le segment reste détaché du tronc et adhérent au lambeau. Pour conserver la parfaite adhérence des parties molles du lambeau avec le périoste du segment, cette section se fera avec une scie à chaîne ou en fil de fer, introduite par-dessous l'épaisseur du lambeau, à l'aide d'une aiguille recourbée sur le plat (fig. 2, 3, 7, 12, 14).

Cinquième temps. — A l'aide d'une rugine, on décolle le périoste sur une étendue de quelques millimètres, à partir de la dernière section transversale, exactement selon le procédé de Marc Sée, et puis, avec la scie à arbre, on sectionne transversalement le tronc osseux. Cette section correspondra exactement au tracé externe transversal (fig. 1, 6, 11).

A l'aide de cette troisième et dernière section transversale, par laquelle on extrait une rondelle, nous facilitons l'adaptation du segment, car autrement les tissus du lambeau ne céderaient pas pour compléter l'opération (fig. 4, 8, 10, 13, 15).

Sixième temps. — La face libre de la section frontale du segment s'adapte sur la transversale du tronc osseux, se fixant par un ou deux points de suture, appliqués aux angles qui correspondent à la face de la base du petit lambeau (fig. 5).

Pour garantir une parfaite immobilité du segment, je propose de faire la suture des lambeaux entre eux à deux étages, et pour la plus profonde on se servira de la suture à surjet ou à points passés, et celle de la peau entrecoupée (fig. 5 et 5′ au segment).

Les temps de l'opération ainsi décrits, on en fait exactement l'application aux extrémités supérieures et à la cuisse, tandis que le manuel opératoire diffère en quelques points à la jambe, dont les tissus mous présentent différentes directions dans leurs rapports avec les troncs osseux, outre la forme et la position variées des faces du tibia. Ainsi, par exemple, sur toute la longueur de la jambe, j'ai fixé le point où l'on commence la coupe de la base des lambeaux

au moins à deux centimètres plus en dedans du bord interne du tibia, car de cette façon seule nous pouvons acquérir au segment une bonne enveloppe de tissu mou (fig. 11).

Au tiers supérieur de la jambe, nous retenons le segment sur la face externe du tibia (fig. 12, 13), tandis qu'en opérant au tiers inférieur nous le retenons sur la face antéro-externe (fig. 14, 15).

A cause de la grande différence de volume entre le péroné et le tibia, ainsi que de la position de ce dernier entre les muscles, nous faisons la première section transversale du péroné, près du niveau de la seconde section transversale du tibia (fig. 11).

Les sections transversales du péroné se font à la scie à chaîne ou à celle en fil de fer, appliquée toujours du côté tibial vers le côté externe.

Le segment péronier, nous le retenons de la face externe de l'os, sur toute sa longueur, et la section, nous la faisons avec la scie à arbre. Les autres détails du procédé opératoire restent les mêmes.

Dans le cours de mes expériences, j'ai remarqué qu'au lieu de tous les daviers classiques, j'aurais dû me servir d'une pince à une seule griffe, pour saisir l'os lors de la formation du segment et même pour la section des rondelles. Ainsi donc, par des dessins et explications, en m'adressant à un fabricant du pays, il m'en a construit deux en acier de grandeur différente (fig. 16). Leur forme est une modification du davier d'Ollier à deux griffes.

CONCLUSION.

Certains chirurgiens, en examinant ce travail et ces dessins, se demanderont peut être quels auront été le but et l'utilité d'un tel procédé opératoire, qui certes présente des difficultés et un retard dans son exécution, en le comparant aux procédés classiques. En ce qui concerne cette unique objection, on pourrait leur céder en quelque sorte. Mais, si leurs pensées retournaient à ce qui se faisait il y a de cela quelques dizaines de siècles et surtout à l'époque néolithique, quand on laissait les parties se mortifier et s'éliminer d'elles-mêmes, si l'os nécrosé ne s'éliminait pas, on employait un silex coupant et un marteau en pierre ou en bois. Ce procédé, conservé même à l'époque du bronze, a été seulement remplacé le silex par la scie.

Ce changement constitue-t-il une déviation du principe primitif? Evidemment non; au contraire, c'est un progrès. Et si Reclus l'applique dans quelques cas spéciaux et avec de grandes modifi-

cations, cela ne veut pas dire qu'il retourne au procédé primitif.

Celse imagina la méthode circulaire en un seul temps, pour intervenir plus tard; il en restait tout de même une cicatrice vicieuse, et pourtant cela était un grand progrès dans l'exécution des amputations.

A peine au XIIIe siècle, on comprit mieux l'utilité d'une meilleure protection du moignon osseux en le couvrant de tissus mous. Mais le perfectionnement de cette méthode ne se fit que vers la moitié du XVIIe siècle et depuis, avec quelques variations de forme, on a toujours opéré ainsi dans l'exécution des amputations classiques, qu'on aurait pu admettre comme le dernier perfectionnement par rapport à l'ancienne méthode d'élimination.

Malgré le perfectionnement des méthodes opératoires pour recouvrir le moignon osseux, les opérés ne peuvent tout de même pas utiliser leur moignon, pour les appliquer directement dans les appareils de prothèse, et cela à cause de la sensibilité et de la douleur qui leur restent plus ou moins.

Nous nous demandons donc : faut-il en rester là, sans plus penser à l'amélioration du moignon des opérés? Et puis, si nous nous demandons quel a été le but de Marc Sée, de proposer pour les amputations classiques le procédé sous-périosté, ceci ne constitue-t-il pas un immense progrès pour la solidité du moignon osseux, quand il est appliqué aux enfants et aux premières années de l'âge adulte?

Et si nous jetons un regard depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours et que nous nous demandions pourquoi von Kern, Dieffenbach, Pirogoff, Gritti, Ollier, Döllinger-Zenninko, Bobroff, Wölfler, Schimmelbusch, Bergmann, Sabanejeff et moi avons proposé et exécuté différents procédés, les uns mobilisant des segments ostéo-périostés pour combler le vide produit dans le corps même de l'os, par des états pathologiques et des résections, tandis que d'autres, tels que Gritti et Sabanejeff au genou et moi-même au coude et au poignet, forment des segments ostéo-périostés des os qui constituent les articulations, pour combler le canal médullaire et ceux de Havers, de manière à obtenir un moignon également solide comme le tronc diaphysaire lui-même, n'est-ce pas un immense progrès de la chirurgie osseuse?

Donc, si pour les parties osseuses qui manquent au nez, à la tête, à la colonne vertébrale et aux pieds, on a trouvé le moyen de les réparer par des segments ostéo-périostés, tout comme aux genoux,

au coude et au poignet, les rendant tout aussi résistants que le corps de l'os, n'était-il pas logique que nous songeassions à en faire autant pour tous les moignons osseux des amputations dans la continuité des os longs des extrémités, leur donnant la même consistance diaphysaire que celle du tronc même?

Cette modification que nous avons faite aux moignons des os longs des extrémités présentera d'immenses avantages par rapport à la forme, à la résistance et à la solidité; elle supprime la sensibilité et la douleur, et enfin le moignon offrira une surface éminemment diaphysaire, ayant la même résistance que le tronc même, ce que l'on ne pourrait obtenir à tout âge par le procédé de Marc Sée. Un tel moignon peut être appliqué directement dans un appareil de prothèse, et ceci ne saurait être obtenu avec un moignon des amputations classiques; de cette manière la question est résolue par ce procédé ostéoplastique.

L'objection qui nous serait faite par certains chirurgiens sur le manuel opératoire long, difficile et compliqué n'aurait pour base aucune raison scientifique, puisque l'opération, exécutée par une main habile et expérimentée, fait disparaître toute difficulté.

En ce qui concerne la durée de l'opération, seulement à la jambe il y a certaines difficultés, et pourtant il ne nous a pas fallu plus de quarante-cinq à cinquante minutes pour son exécution, y compris toutes les sutures nécessaires. Cette durée ne saurait être comparée à celle que nécessitent une laparotomie ou une thoracotomie.

En résumé donc, le but essentiel de ce procédé ostéoplastique appliqué aux amputations dans la continuité des os longs des extrémités, consiste en ce qu'il nous procure un moignon osseux diaphysaire, remplissant toutes les conditions du tronc, et par conséquent il peut être appliqué directement dans un appareil de prothèse, sans le moindre inconvénient ultérieur, et en même temps nous n'aurons plus ces moignons sensibles à tout changement de température, comme dans les amputations d'après les procédés classiques, malgré l'art et l'habileté avec lesquels celles-ci ont été exécutées.

Fig. 1. — Tracés des lambeaux et des trois sections de l'os. *b*, *c*, la portion de la rondelle.

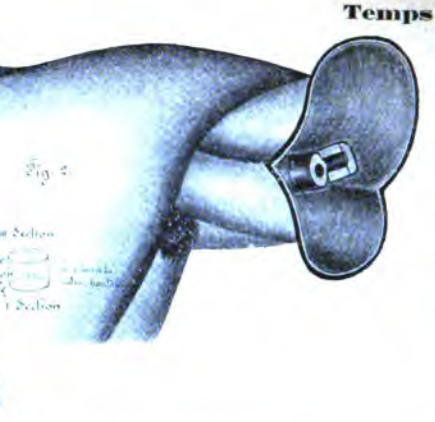


Fig. 2. — Le segment formé; les points marquent le lieu de section de la rondelle.

Fig. 3. — Le segment s pas encore

Fig. 6. — 1, première section transversale; 2, la deuxième section transversale; 3, la troisième section transversale; 4, la section frontale.

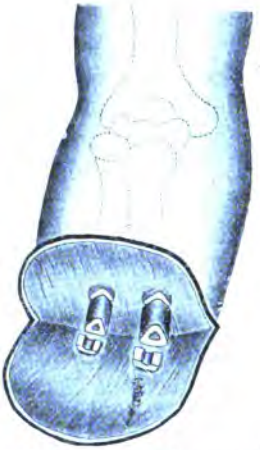


Fig. 7. — Les segments auprès des rondelles qui n'ont pas encore été éliminées.

Fig. 8. — Les segments seuls adhérents au lambeau.

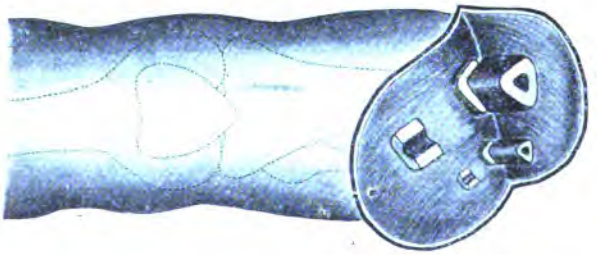


Fig. 12. — Les rondelles à peine sectionnées du tronc osseux.

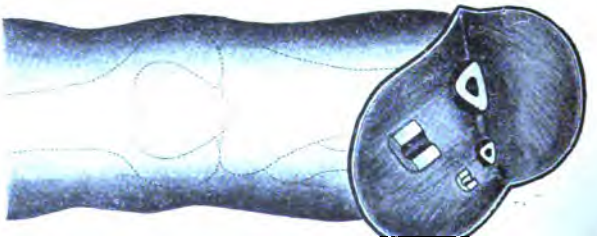


Fig. 13. — Les rondelles éliminées et les segments adhérents au grand lambeau.

Fig. 15. delles les se rem bes

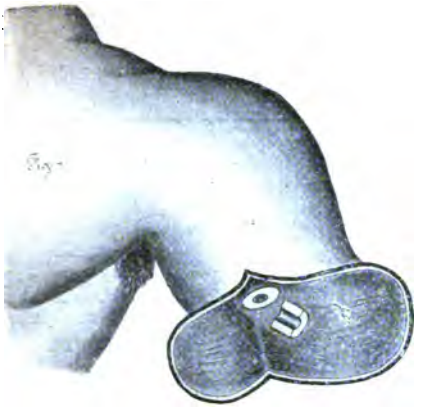


Fig. 4. — Le segment seul adhérent au lambeau.

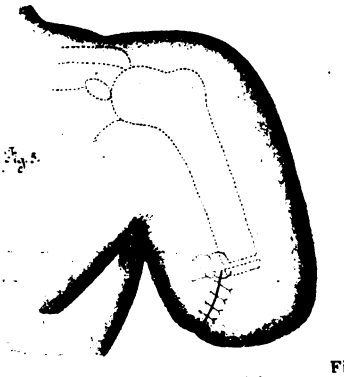


Fig. 5. — Le moignon complété par les sutures.

Fig. 5'. — Application des sutures.

la rondelle qui n'a pas minée.

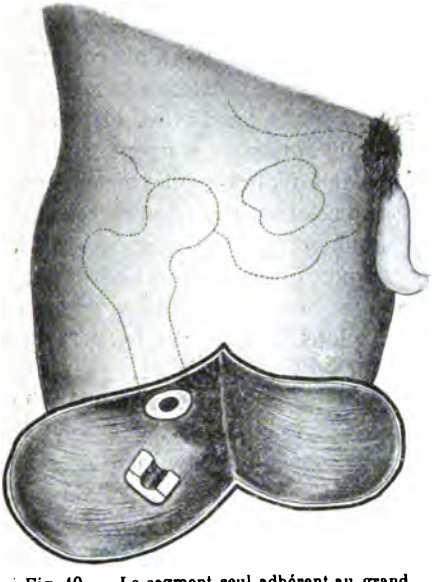


Fig. 10. — Le segment seul adhérent au grand lambeau.

Fig. 11. — *a a'*, la première section du tibia et du peroné ; *b b'*, formation du segment tibial ; *c c'*, la deuxième section transversale ; *d d'*, élimination de la rondelle ; *e e'*, la troisième section transversale.

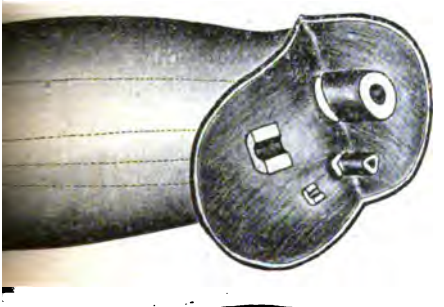
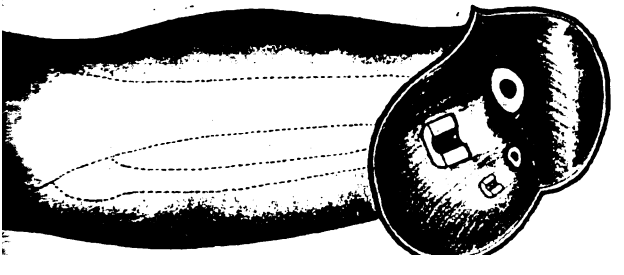


Fig. 14. — Les rondelles à peine sectionnées du tronc osseux.



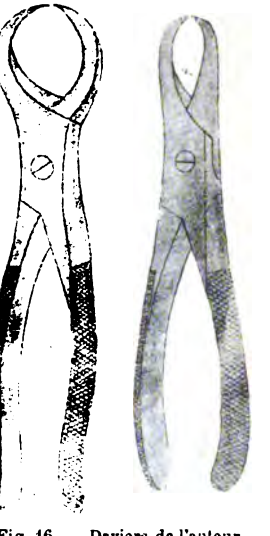


Fig. 16. — Daviers de l'auteur, à une seule griffe

LIPOME SYMÉTRIQUE FAMILIAL

DE L'ARCADE PLANTAIRE

Par Ch. FÉRÉ

Médecin de Bicêtre.

Adams semble être le premier qui ait remarqué qu'en dehors de l'hérédité on peut voir, chez plusieurs frères ou sœurs, des maladies communes qu'il a appelées *familiales*, et il fait remarquer que les maladies congénitales sont plus souvent familiales qu'héréditaires. Les maladies familiales n'atteignent pas seulement les frères et les sœurs, elles peuvent atteindre les cousins et cousines; leur caractère est de se montrer chez plusieurs membres de la même génération ou chez des collatéraux en dehors de l'hérédité. Les maladies familiales, nécessairement liées à une prédisposition congénitale, supposent soit une tare latente chez les générateurs, soit un trouble commun de l'évolution pendant la période de développement. Les troubles de nutrition des générateurs peut faire d'eux des monstripares qui donneront naissance, en dehors de l'hérédité, à des malformés à prédisposition morbide systématique. La monstruosité, comme la maladie peut se montrer sous la forme familiale.

Ce sont surtout les maladies du système nerveux qui figurent dans l'histoire des maladies familiales. La plupart des maladies nerveuses qui peuvent se transmettre par hérédité peuvent se montrer sous la forme familiale dans la descendance des individus qui ont été soumis à une intoxication chronique [1]. La folie en général présente assez souvent le caractère familial. Elle affecte alors souvent les formes qualifiées d'héréditaires depuis Morel: psychoses périodiques, émotivités morbides, folies morales, psychoses systématisées, démences précoces [2]. Le suicide se présente souvent sous la forme familiale. La criminalité se rapproche à cet égard encore de la folie.

1. Ch. Féré. *La famille névropathique, théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence*, 2e éd., 1898, p. 98.

2. Trénel. *Les maladies mentales familiales* (*Ann. méd. psych.*, 1900, VIIIe série, t. XI, p. 96).

Les états morbides qui restent dans la classe des névroses, en raison de notre ignorance de leur lésion, sont fréquemment familiales. La paralysie agitante peut se montrer familiale soit à l'âge ordinaire (Berger), soit d'une manière précoce (Clerici et Medea)[1]. Il en est de même de l'épilepsie, des myoclonies, de l'hystérie, des tremblements. Le goitre exophthalmique aussi peut se montrer familial; Holmes l'a observé en dehors de l'hérédité chez quatre membres d'une même famille âgés de douze, neuf, sept et quatre ans[2]; Daniel Brower a rapporte un fait analogue[3]. La chorée chronique se montre aussi familiale. Des troubles nerveux plus systématisés peuvent encore se montrer chez plusieurs membres d'une même famille, comme les œdèmes circonscrits[4].

Les maladies du cerveau, du cervelet et de la moelle qui se montrent familiales sont très nombreuses. L'hydrocéphalie, qui est souvent une maladie anté-natale, peut se montrer chez plusieurs frères[5]. Sachs, Freud ont décrit une forme familiale de la diplégie cérébrale infantile qui a été retrouvée par d'autres[6]. Dössekker a vu la paralysie cérébrale infantile chez trois enfants d'une seule couche[7]. Nonne a signalé une hypoplasie familiale du cerveau, du cervelet et du système nerveux central. Massalongo a observé trois enfants, dans une même famille, atteints d'athétose. L'hérédo-ataxie-cérébelleuse se montre familiale[8]. Pœlitzœus a signalé une maladie familiale qui tient de l'ataxie cérébelleuse et de l'ataxie de Friedreich[9]. Quelquefois, on voit des symptômes cérébraux ou cérébelleux se combiner à des troubles médullaires ou névritiques chez plusieurs membres d'une même famille; Sachs a décrit une idiotie familiale amaurotique. Pierre Marie[10] a observé une affection familiale à début

1. Béchet. *Formes cliniques et diagnostic de la paralysie agitante*, th., 1892.
2. Bayard Holmes, *Exophthalmic goiter in four children in the same family* (*Philadelphia med. Journ.*, 1898, I, p. 1117).
3. Daniel R. Brower. *Four cases of a family type of exophthalmic goitre* (*The Chicago med. Recorder*, 1898, p. 335).
4. Ricochon. *Cas familiaux d'œdème aigu récidivant de la peau* (*Congrès fr. de Méd.*, Bord., 1895, p. 670). — Schlesinger, *Ueber die familiäre Form der acuten circumscripten Œdems* (*Wiener klin. Wochensch.*, 1898, p. 335). — H. Meige. *Le trophœdème chronique héréditaire* (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1899, p. 453).
5. D'Astros. *Les hydrocéphales*, 1898, p. 83.
6. F. X. Dercum. *Three cases of the family type of cerebral diplegia* (*Journ. of nervous and mental diseases*, 1897, XXIV, p. 396).
7. M. Dössekker. *Ein Fall von infantiler cerebrallähmung bei Drillingsgeburt* (*Corr. Blatt fur Schweitzer Aerzte*, 1899, p. 65, 103).
8. P. Londe. *L'hérédo-ataxie cérébelleuse*, th., 1895. — G. Rossolimo. *Trois cas d'ataxie cérébelleuse et héréditaire dans la même famille* (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1899, p. 22).
9. Pœlitzœus. *Ueber einige eigenartige familiäre Entwickelungshemmung vornehmlich auf motorischen Gebiet* (*Arch. f. Psych.*, 1898, Bd. XXXI).
10. Dora Pesker. *Un cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux*, th., 1900.

précoce, à symptômes cérébro-médullaires, caractérisée par une déformation par arrêt de développement des membres inférieurs, avec paraplégie peu ou pas spasmodique, un tremblement intentionnel, de l'ataxie des membres inférieurs et une déchéance intellectuelle profonde qui peut être rapprochée d'un cas de sclérose multiple de Pœlitzœus. Hoffmann a signalé comme maladie familiale une débilité intellectuelle congénitale coïncidant avec une atrophie musculaire progressive. D'autres affections cérébro-médullaires familiales ont été signalées (Pauly et Bonne, Trénel) [1]. Il existe une paralysie bulbaire familiale, des adultes (Bernhardt) et des enfants (Fazio, Londe).

Les affections médullaires affectent souvent aussi un caractère familial. L'ataxie spinale familiale de Friedreich [2] a d'abord frappé l'attention; mais un grand nombre d'autres ont été étudiées depuis. La rigidité spasmodique des membres se montre assez souvent sous la forme familiale, aussi bien chez les adultes que chez les enfants (Pœlitzœus, Schultz, Ruprecht, Souques, Hochlaus, etc.)[2].

Werdnig, Hoffmann, Hervouët[4] ont publié des cas d'atrophie musculaire spinale familiale. Bernhardt a montré aussi l'atrophie musculaire névritique sous la forme familiale. Il existe une forme familiale de l'atrophie musculaire myopathique progressive (Erb, Friedreich).

La sclérose latérale amyotrophique peut se montrer familiale (Seeligmuller); Norman Moore a montré à la Société médico-chirurgicale de Londres deux frères qui en étaient atteints[5].

On peut encore citer, parmi les maladies spinales qui peuvent se présenter sous la forme familiale, la myélite systématique combinée primaire (Westphal, Kahler et Pik. Erb, etc.), la sclérose multiple en foyer (Dreschfeld, Frerichs, Erb, etc.), la syringomyélie.

Les organes centraux et périphériques des sens peuvent aussi

1. Trénel. *Une maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires* (*Rev. neurologique*, 1900, p. 7).

2. J. Mackie Whyte. *Four cases of Friedreichs' ataxia, with a critical digest of recent litterature on the subject* (*Brain*, 1898, XXI, p. 72). — Bouchaud. *La maladie de Friedreich chez deux frères jumeaux* (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1899, p. 265).

3. M. Lorrain. *Contrib. à l'ét. de la paraplégie spasmodique infantile*, th. 1898.

4. Werdnig. *Zwei Fruhinfantile hereditäre Falle von progressiver Muskelatrophie unter dem Bilde der Dystrophie, aber auf neurotischer Grundlage* (*Arch. f. Psych.*, 1891, XXII, p. 437). — Hoffmann. *Ueber chronische spinal Muskelatrophie in kindesalter auf familiarer Basis* (*Deutsch. Zeits für Nervenh.*, 1893, III, 6, p. 427). — Hervouët. *Un cas d'atrophie musculaire progressive familiale* (*Gaz. méd. de Nantes*, 1898, XVI, p. 213).

5. *The British med. Journ.*, 1898, I, p. 690.

présenter le caractère familial. A côté de la surdi-mutité et de l'idiotie amaurotique de Sachs, on a cité des névrites optiques familiales [1]. Mœbius a signalé des paralysies oculaires familiales; Homen en a vu chez des jumeaux [2], Dutil a vu un ptosis familial.

Ce ne sont pas seulement d'ailleurs les maladies du système nerveux qui peuvent se montrer familiales. Le même caractère se présente dans l'histoire des maladies viscérales. On observe dans la même famille plusieurs individus affectés de maladie d'Addison [3], de sclérose rénale, de cirrhose hypertrophique du foie [4]. Quel que soit leur siège, les maladies familiales présentent souvent pour caractère de débuter à peu près au même âge chez tous les sujets, et indépendamment de toute cause occasionnelle appréciable.

Fig. 1. — Blastoderme de poulet après 72 heures d'incubation. Jumeaux uniformément retardés avec spina-bifida.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire concorde avec Adams quand il remarque qu' « indépendamment de toute transmission héréditaire, certains individus, même parfaitement normaux, ont une sorte de prédisposition à donner naissance à des êtres anormaux ». Les malformations tératologiques se manifestent, en effet, souvent chez plusieurs enfants d'une même famille sans qu'on puisse remonter

1. C. Buisson. *Contrib. à l'étude de la névrite optique rétro-bulbaire familiale et héréditaire*, th., 1899.

2. E. A. Homen. *Deux cas d'ophthalmoplégie externe chez deux frères jumeaux* (*Rev. neurologique*, 1899, p. 198).

3. L. W. Schwab *Addison's disease two cases in one family* (*The Journ. of amer. med. Ass.*, 1898, XXX, p. 708). — Flemming and Miller. *A family with Addison's disease* (*Brit. med. Journ.*, 1900, I, p. 1014).

4. J. Dreschfeld. *Hypertrophic cirrhosis of the liver in two brothers* (*The medical Chronicle*, 1896, p. 19).

à un ascendant semblable[1]. Une infinité de conditions de milieu peuvent influencer l'évolution de l'embryon en dehors de l'hérédité[2].

On a observé l'anencéphalie, la cyclopie familiales; l'absence congénitale du radius (Hutchinson), la microphthalmie peuvent être familiales. Joachimsthal a observé chez deux sœurs la brachydactylie coïncidant avec l'hyperphalangie[3]; la polydactylie peut être familiale en dehors de l'hérédité[4]; Palmer a observé deux sœurs hermaphrodites; Philips, quatre cas de faux hermaphrodisme dans la même famille; Squarey a vu trois sœurs sans utérus ni ovaires. Les difformités de la peau sont assez souvent familiales.

Fig. 2. — Blastoderme de poulet après 72 heures d'incubation. Jumeaux monstrueux du genre céphalite de Dareste. Le cœur saillant au dessus de la tête difforme battait dans les deux embryons au moment de l'ouverture de l'œuf[5].

Le caractère familial des difformités n'est pas propre à l'homme : Fischer Sigwart a observé un couple d'étourneaux qui a donné à chaque couvée, de 1892 à 1897, un ou deux petits albinos[6].

Les jumeaux sont souvent atteints des mêmes difformités physiques (Bogman, Windle, Miller, Bryant, Carbonnell, etc.), comme ils peuvent être sujets aux mêmes troubles psychopathiques ou nerveux. La similitude des malformations gémellaires n'est pas spéciale à l'homme. Voici par exemple deux blastodermes de poulet après soixante-douze heures

1. *La famille névropathique*, etc., p. 153.
2. Ch. Féré. *Tératogénie expérimentale et pathologie générale* (*Volume jubilaire de la Société de Biologie*, 1899, p. 360).
3. Joachimsthal. *Ueber Brachydactylie und Hyperphalangie* (*Arch. f. path. Anat.*, 1898, CXLI, p. 4).
4. J. Tissot, de Chambéry. *Une famille de sexdigitaires* (*Thérapeutique contemporaine*, 1898, p. 311).
5. Je dois ces photographies à l'obligeance de mon collègue M. Nageotte.
6. *Revue scientifique*, 1899, t. I, p. 56.

d'incubation, où on voit des difformités gémellaires d'une ressemblance remarquable (fig. 1 et 2).

Le caractère familial de certaines affections chirurgicales paraît avoir peu attiré l'attention. Cependant ce caractère est moins rare qu'on ne pourrait croire. C'est peut-être dans les organes génitaux qu'on court le risque de le trouver le plus souvent; on a signalé des fibrômes de l'utérus chez des sœurs (Doléris); Löhlein a observé chez trois sœurs des kystes symétriques des ovaires[1]. Rüder a vu le cancer épithélial de la peau chez plusieurs enfants d'une même famille. Duménil et Pétel ont observé des kystes dermoïdes de l'espace thyroïdien chez deux jumeaux[2]. On pourrait sans doute ajouter d'autres exemples, mais ils sont assez rares pour que le caractère familial des tumeurs n'ait pas frappé les auteurs les plus récents[3]. C'est surtout cette rareté qui m'a engagé à publier ces observations. L'une d'elles m'avait déjà paru intéressante à d'autres égards avant de connaître l'existence du caractère familial des tumeurs[4].

Obs. I. *Tarsalgie double et lipomes symétriques de la voûte plantaire.*

Mme B., trente-quatre ans, appartenant à une famille où les arthritiques et les cancéreux sont nombreux, mais où les maladies nerveuses et mentales sont inconnues. Le père, âgé de soixante-dix ans, a les mains déformées par le rhumatisme chronique; un oncle paternel, plus âgé d'un an, est aussi atteint de cette maladie. — La mère est morte à cinquante-quatre ans, d'un cancer au sein, Mme B., a une sœur unique, âgé de trente-six ans, qui a des douleurs dans les petites jointures des mains, mais sans déformation.

Elle-même a toujours été d'une santé remarquable jusqu'à l'âge de trente-deux ans. A part la rougeole, la coqueluche et quelques angines, elle n'a jamais souffert, et les maux nerveux en particulier lui étaient inconnus; bon sommeil, pas des névralgies, pas d'émotivité particulière. Elle est mariée depuis vingt-quatre ans, mais n'a jamais eu d'enfants, bien qu'elle n'ait aucune malformation, ni aucun trouble fonctionnel des organes génitaux. Après huit ans de mariage, elle s'aperçut que son mari la trompait, et bien qu'elle n'eût jusque-là nullement souffert de ses longues négligences, elle fut profondément affectée; elle essaya de lutter sans succès. Son caractère s'altéra, l'insomnie devint presque complète, elle maigrit, devint essoufflée. Elle fut bientôt inquiétée par des troubles psychiques qui l'affectèrent

1. Löhlein. *Doppelseitige Ovarialcystome bei drei Schwestern* (*Monatschrift für Geburtshülfe und Gynæk.*, 1896, Bd. III, p. 91).
2. Fauvel. *Des kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoïdien*, th., 1887.
3. P. Ménétrier, art. : Étiologie générale des tumeurs, in *Traité de Pathologie générale* de Bouchard, 1900, t. III, 2e partie, p. 767.
4. Ch. Féré. *Tarsalgie double et lipomes symétriques de la voûte plantaire* (*Progrès médical*, 1897, 3e série, t. VI, p. 129).

d'autant plus qu'elle craignait qu'on ne les découvrît et qu'il lui en résultât un préjudice dans son procès en divorce. C'est une femme cultivée et habituée à s'exprimer dans un langage assez fleuri; elle remarquait qu'il lui échappait des métaphores misérables, comme elle les appelle : ses anciennes tendances à exagérer étaient remplacées par des tendances inverses, elle ne faisait plus que des hyperboles en mineur. En outre, il lui arrivait souvent de répondre à ses propres pensées au milieu d'une conversation, de s'arrêter dans les rues en parlant seule. Presque chaque jour il lui arrivait, en montant un escalier quelconque, de tirer sa clé de sa poche et de la présenter à la serrure lorsqu'elle était arrivée à la porte, comme si elle était arrivée chez elle. Ces phénomènes d'automatisme s'accompagnaient d'accès d'indécision, d'aboulie, principalement après le repas où de la suite d'une fatigue quelconque. Au moment de son procès, un an environ après sa déception et le début de ces accidents, elle commence à éprouver des phénomènes nettement hystériques, étouffements, battements dans les tempes, et bourdonnements dans les oreilles, surtout du côté gauche, algies sous forme de clou céphalique, de point latéro-mammaire gauche, puis d'un point ovarien aussi à gauche. Après qu'elle eut obtenu le divorce, les accidents, au lieu de s'atténuer, semblèrent s'exaspérer. Elle eut plusieurs crises de contracture, de courte durée. L'appétit, qui était resté passable, devint très capricieux; l'amaigrissement cependant n'était pas considérable.

C'est à la fin de juin 1896 que son attention commença à être attirée vers ses pieds par une tendance à la torsion qui s'y manifestait quand elle avait marché un peu plus que de coutume, ou quand elle se sentait fatiguée par toute autre cause. Pendant un séjour de trois mois à la campagne, où elle ne marcha que très peu, ces phénomènes disparurent et l'état général s'améliora. Sitôt qu'elle fut rentrée, au mois d'octobre, tous les troubles reparurent en s'exaltant, surtout les troubles de la marche et l'anorexie. Elle commença à souffrir d'une véritable panophobie : tout l'effrayait, et c'est à propos d'une émotion sans cause que la tarsalgie se révéla pour la première fois. Elle était debout sur la plate-forme d'un tramway, quand tout à coup elle fut, sans aucune cause, prise d'une peur et elle sauta sur le pavé. Elle ressentit dans les deux pieds une douleur tellement violente qu'elle poussa un cri, et fut dans l'impossibilité de faire un pas. On la porta dans une voiture. Quand elle fut assise, la douleur diminua graduellement, et, arrivée chez elle, au bout d'un quart d'heure, elle put monter l'escalier de trois étages sans aucune douleur. Dans cette première crise la douleur paraît avoir prédominé du côté gauche et avoir été localisé, et exclusivement, à la partie interne de l'articulation médio-tarsienne.

Depuis cette époque, la douleur s'est reproduite chaque fois qu'elle marchait plus d'un quart d'heure ou vingt minutes; commençant par un endolorissement obscur qui devena t de plus en plus pénible et enfin, intolérable. Peu à peu la douleur s'est produite de plus en plus tôt, et la marche est devenue à peu près impossible; souvent la malade ne pouvait pas rester debout plus de cinq minutes. Mais c'était surtout son amaigrissement qui inquiétait sa famille et l'amena à exiger qu'elle se fît soigner. C'est

vers la fin de septembre qu'elle s'aperçut de l'existence de grosseurs sous l'arcade plantaire.

Le 2 décembre 1896, la malade était très amaigrie; elle ne pesait que 52 kilog., et avait perdu 16 kilog. depuis le mois de juin; la face était livide, le nez bleuâtre, les extrémités froides et visqueuses, la respiration était superficielle et irrégulière. Cependant elle s'excitait facilement, parlait avec volubilité, et, malgré la douleur qu'elle savait provoquer, elle se levait souvent pour arpenter sa chambre avec rapidité pendant quelques minutes; mais elle devait s'arrêter bientôt : en même temps que la douleur elle sentait dans les muscles des jambes une raideur pénible. Elle témoignait d'une grande indifférence pour son état, affirmant que c'était mieux pour elle de mourir. Elle accusait un dégoût pour tous les aliments indistinctement, elle n'avait jamais aucun désir de manger; cependant en la pressant on arrivait à lui faire prendre une petite quantité des mets qui se trouvaient sur la table et qui jamais ne provoquaient de vomissements. Quant aux boissons, elle les refusait à peu près absolument. Il existait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche bien manifeste, avec des points douloureux dans les régions déjà indiquées. La pression sur la région ovarienne gauche déterminait une sensation de boule remontant à l'épigastre et à la gorge; l'anesthésie pharyngée était bien marquée.

Les deux pieds présentaient à première vue une forme absolument normale à leur face supérieure, le dos du pied avait sa cambrure naturelle; mais la voûte plantaire était en partie comblée par une saillie hémisphérique commençant en arrière au niveau d'une ligne verticale prolongeant la malléole interne et s'arrêtant en avant de la partie moyenne du premier métatarsien. Cette tuméfaction symétrique avait 5 centimètres et demi dans le sens tranverse, elle faisait une saillie qu'on pouvait évaluer à 2 centimètres et demi. Elle présentait une consistance molle et lobulée, s'amincissant insensiblement à la périphérie. Aussi bien à droite qu'à gauche, cette tumeur était absolument indolente à la pression. En raison de cette indolence, la malade, qui s'était aperçue d'une tuméfaction un peu plus de deux mois auparavant, n'y avait attaché aucune importance. Elle croit que les deux tumeurs ont bien doublé de volume depuis cette époque.

Dans le décubitus, après une demi-heure de repos, la malade n'éprouvait aucune douleur dans les pieds, mais, des deux côtés de l'articulation médiotarsienne, la pression provoque une douleur surtout intense du côté interne, qu'on atteint facilement en déprimant en bas la tumeur graisseuse. La douleur est bien limitée au-dessous et en avant de la malléole interne, au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. C'est en ce point que la douleur s'est manifestée pour la première fois et qu'elle se produit d'abord après la marche. En dehors, la douleur prédomine au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, mais la pression sur le cuboïde est aussi douloureuse. Ces deux points douloureux existent aux deux pieds : mais la douleur prédomine à gauche, et de ce côté la pression provoque aussi de la douleur en avant et au-dessous de la malléole externe au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne. Ce point douloureux n'existe pas à droite.

Quant on examine le pied après que le malade a marché sept ou huit minutes, que la raideur et la douleur se réveillent, on constate que le pied est dévié en dehors et que son bord externe se relève, tandis que la voûte paraît abaissée; les mouvements de latéralité du pied ne se produisent plus comme tout à l'heure : tandis que les mouvements de flexion et d'extension directe sont encore possibles; les muscles péroniers latéraux sont contractés et font une forte saillie; l'extenseur commun, l'extenseur propre du gros orteil, le jambier antérieur sont aussi rigides. Si on prend d'une main l'avant-pied, et si de l'autre on percute la partie postérieure du talon, on provoque de la douleur aux points sensibles à pression directe. Au bout de quelques minutes de repos, les muscles se relâchent et le pied reprend sa forme et sa mobilité latérale. La sensibilité cutanée des deux pieds a été étudiée avec soin, le pied gauche est anesthésique dans la même mesure que la jambe gauche, le pied droit est sensible comme la jambe droite, et il n'existe pas de dysesthésie cutanée au niveau des points douloureux profonds.

Le traitement s'est adressé exclusivement à l'anorexie. La malade a été soumise à des inhalation d'oxygène qui ont ramené rapidement l'appétit. Au bout de deux semaines, l'alimentation surabondante est devenue possible. Les pieds n'ont subi aucune contention. La malade a continué à se lever dans son appartement, et à marcher jusqu'à la limite de l'indolence, qui retardait à mesure que l'état général s'améliorait. Le 6 février elle pesait 61 kilog. Les troubles de la sensibilité avaient considérablement diminué. Les points douloureux, sauf le point ovarien, avaient disparu, et, depuis huit jours, les pieds étaient restés tout à fait indemnes de douleurs malgré une marche de plusieurs heures. Les tumeurs plantaires n'avaient subi aucun changement. La malade a été revue à la fin d'avril, elle avait encore gagné 4 kilog. les douleurs tarsiennes ne s'étaient reproduites en aucune circonstance; l'état mental parait restauré *ad integrum*, mais il reste encore des traces de l'hémianestésie, principalement dans la vision, et les tumeurs plantaires gardent le volume acquis.

Plusieurs particularités de cette observation méritent d'être relevées. Signalons d'abord la tendance aux entorses qui s'est manifestée peu de temps avant l'apparition de la douleur. C'est un fait qu'on retrouve dans une observation antérieure [1] et qui peut s'expliquer en partie par une laxité anormale des ligaments déjà admise par Cabot [2] et surtout par la diminution de l'action musculaire, conséquence de la fatigue. C'est un fait bien anciennement connu que les muscles jouent le rôle de ligaments actifs et que la diminution de leur tonicité peut favoriser les déplacements articulaires [3],

1. Chopinet, *De la tarsalgie des adolescents*, th. 1874, p. 27.
2. Cabot, *De la tarsalgie ou arthralgie tarsienne des adolescents*, th. 1866, p. 18.
3. Ch. Féré, *Note sur des entorses symptomatiques (entorses par hypotonie)* (*Revue de Chirurgie*, 1897, p. 39).

et Bazy a montré en particulier la valeur de l'atrophie musculaire comme cause de douleurs articulaires [1].

On pourrait donc être tenté de subordonner la douleur à l'hypotonie ou relâchement des muscles, sous l'influence d'une fatigue aiguë ou chronique, et d'accepter l'interprétation signalée par Péan dans un rapport sur un mémoire présenté à l'Académie de Médecine [2], l'existence d'une tarsoptose douloureuse.

Que la fatigue puisse produire un certain affaissement de la voûte plantaire, on n'en peut guère douter quand on voit que sous l'influence de la station prolongée ou de la marche l'empreinte plantaire s'élargit, et se rétrécit au contraire par le repos [3]. Cependant dans le cas actuel, comme dans la plupart de ceux qui ont été publiés par Gosselin et ses élèves, la tarsoptose primitive ne peut guère être prise sur le fait. Gosselin ayant remarqué que dans la tarsalgie la contraction et la déviation pouvaient disparaître, la douleur persistant, on a conclu que l'algie était le fait primitif. Jusqu'à présent, cette interprétation n'a pas été combattue victorieusement au moins en ce qui concerne la généralité des faits. L'algie, d'ailleurs, est capable de provoquer des déviations variables; car l'algie est favorisée par le terrain : Reynier a insisté avec raison sur ce point [4], et plusieurs circonstances de l'observation actuelle viennent appuyer le rôle de la névropathie.

La tarsalgie s'est montrée bien longtemps après l'adolescence, la croissance rapide souvent invoquée n'y est pour rien, ni les autres conditions les plus ordinaires, rhumatisme, scrofule, etc.; la douleur est apparue à propos d'un traumatisme très léger, mais au cours de l'évolution d'un état névropathique dont elle a suivi la marche. La relation chronologique n'est pas douteuse.

Une autre particularité du cas qui frappe l'attention, c'est la coïncidence dans les régions douloureuses de lipomes symétriques. Les lipomes symétriques, les lipomes multiples, les lipomes diffus, ont en effet des relations étroites avec les névropathies, tellement qu'on les a considérés comme les manifestations d'une trophoné-

1. P. Bazy, *De l'atrophie musculaire comme cause de douleurs articulaires* (*Progrès médical*, 1889, I, p. 213).

2. *Sur un travail de M. Maurice Bloch relatif à la tarsoptose et à la tarsalgie* (*Bull. Acad. Méd.*, 3e série, t. XXXVII), p. 710, 8 juin 1897).

3. Ch. Féré et G. Demanteke, *Note sur les variations de forme de la plante du pied sous l'influence du repos, de la stature et de la marche* (*C. R. Soc. de Biol.*, 1891, p. 387). — *Étude sur la plante du pied et en particulier sur le pied plat considéré comme stigmate de dégénérescence* (*Journ. de l'Anat. et de la Phys.*, 1891, p. 442).

4. Reynier, *La tarsalgie* (*L'Indépendance médicale*, 1898, p. 65). — Gamblin, *De la tarsalgie dans ses relations avec le système nerveux*, th. 1898.

vrose. Les lipomes multiples se rencontrent chez des individus souffrant soit de troubles mentaux, soit de troubles convulsifs (Targowla, Paton, Létienne, Claus); chez des tabétiques, chez des basedowiens, on peut les considérer comme des associations tératologiques, surtout lorsqu'ils n'ont aucun rapport avec les localisations morbides des maladies avec lesquelles ils coïncident. Mais lorsque leur siège est en rapport avec certaines localisations douloureuses comme on le voit dans l'observation actuelle et comme on le peut voir encore dans d'autres circonstances, chez les ataxiques, par exemple, ils méritent bien d'être rapprochés des œdèmes névropathiques à formes si variées qui se manifestent dans les mêmes conditions (Mathieu et Weil). Les rapports étiologiques des œdèmes locaux et des productions graisseuses ont du reste été relevés depuis longtemps par M. Potain.

La nature trophonévrotique des tumeurs graisseuses de la plante du pied, vraisemblable tant qu'on ne considère que cette seule malade, devient inacceptable si on apprend que ces mêmes tumeurs existent sur d'autres membres de la famille. Les trophœdèmes familiceux en effet n'ont jamais ce caractère de localisation restreinte.

Obs. II. *Hystérie, herpès zoster récidivant de la région du saphène externe, lipome de la voûte plantaire.*

Mme C., trente-huit ans, est la cousine germaine de Mme B. (Obs. I); elle est la fille d'une tante maternelle de Mme B., actuellement âgée de soixante-huit ans et bien portante. Le père de Mme C. est un homme vigoureux de soixante-huit ans qui va à Contrexéville depuis plusieurs années. Elle n'a qu'une sœur, de deux ans plus jeune qu'elle, d'une bonne santé, mais sur laquelle nous aurons à revenir.

Mme C. a toujours été nerveuse; dès l'enfance elle a été sujette à des angoisses et à des terreurs nocturnes. Elle a eu plusieurs attaques de chorée dans les années qui ont précédé la puberté. Elle a toujours souffert aux époques menstruelles, est sujette à des bouffées de chaleurs; elle est mariée depuis quinze ans et n'a jamais eu de grossesse. Dans diverses circonstances elle a eu des crises convulsives hystériformes, des crises de pleurs, des étouffements. Elle souffrait en même temps de points douloureux le long du rachis, dans les régions mammaires et sus-inguinales. Ces recrudescences paroxystiques de la nervosité sont surtout manifestes à la suite d'indispositions, de fatigues, de chagrins surtout. A la suite de contrariétés, au mois de juin 1899, elle a commencé à éprouver des étouffements, puis des douleurs par intervalles dans les membres, douleurs mobiles et variables par leur intensité et leur caractère. Un matin elle se réveilla avec douleur localisée à la région externe de la partie inférieure de la jambe gauche et au bord externe du pied. C'était une douleur superficielle consistant en une sensation de brûlure et d'élancements, qui étaient surtout très

aigus derrière la malléole. Il n'y avait pas de changement de couleur à la peau, qui était d'une sensibilité exquise au toucher dans toute la région que la malade désigna et qui correspond à la distribution du nerf saphène externe. Ce n'est qu'au bout de deux jours de douleurs persistantes que l'on vit apparaître, le matin, dans cette région des placards rouges où la douleur spontanée provoquée était plus vive, et on vit apparaître des groupes de vésicules remplies de liquide citrin qui se rompirent et se vidèrent rapidement. Trois fois de suite, à des intervalles de huit à dix jours, des éruptions semblables se sont reproduites dans des conditions identiques. Un matin les plaques rouges, qui s'étaient atténuées sur la région restée douloureuse, reprennent leur teinte foncée, puis les vésicules apparaissent de nouveau. La dernière éruption que j'aie vue était constituée par cinq

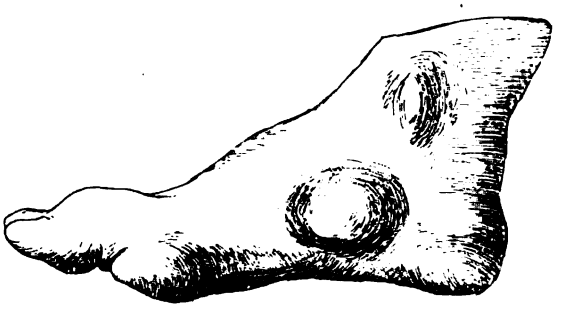


Fig. 3. — Tumeur du bord interne de la voûte plantaire. (Il faut remarquer que le croquis ayant été fait par la malade, le pied était tourné en dedans et la tumeur paraît un peu plus relevée qu'elle ne l'est en réalité relativement à la plante.)

groupes de 15 à 25 vésicules : deux le long du bord externe du tendon d'Achille, une sur la malléole externe et les deux autres sur le bord externe du dos du pied, la dernière tout près de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit orteil. C'est du côté gauche que l'anesthésie sensitivo-sensorielle prédomine. Cette éruption a disparu spontanément avant que le traitement institué en vue de l'état général ait eu le temps d'avoir un effet quelconque, et la douleur a disparu graduellement en trois ou quatre semaines.

Ces accidents nerveux ont été l'occasion de l'observation d'une déformation du pied qui n'avait pas passé inaperçue de la malade. Il existe sous la partie interne de l'arcade plantaire une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, mais aplatie, sur laquelle la peau est légèrement mobile, mais qui paraît tenir aux parties profondes. Cette tumeur est molle, lobulée, indolore et insensible à la pression. Il existe une tumeur identique et identiquement située du côté opposé. Elle connaît l'existence de ces tumeurs depuis l'âge de dix-huit ans. C'est vers le même âge qu'il s'en est développé de semblables chez sa sœur, qui a pris sur elle-même le croquis ci-joint (fig. 3) qui donne une assez bonne représentation de toutes ces tumeurs. On ne connaît pas d'autre exemple de ces tumeurs dans la famille paternelle. Sa

mère n'en présente pas de pareilles, et les soins que différentes personnes de la famille ont donnés à la tante permettent d'affirmer qu'elle n'en avait pas non plus. Chez ces deux sœurs les lipomes sont toujours restés indolores.

On ne peut guère laisser passer sans relever ses particularités cette éruption de zona. En effet le zona des extrémités est rare[1], surtout aux extrémités inférieures. L'influence des émotions morales sur les affections cutanées est bien connue[2], mais le zona figure assez rarement parmi les éruptions émotionnelles[3]; enfin si le caractère récidivant des éruptions nerveuses n'est pas inconnu[4], il n'est pas non plus fréquent, du moins en ce qui concerne le zona.

L'existence de tumeurs symétriques de la même région et paraissant de la même nature en dehors de l'hérédité caractérise une affection familiale : lipome symétrique familial de la voûte plantaire. Cette affection présente, comme on le voit par la figure, un aspect tout à fait caractéristique. Autant que j'en ai pu juger, les tumeurs graisseuses de la plante du pied sont rares : je n'ai pu me procurer que l'indication de celle de Pirovano[5]; celle de Gay[6] est une tumeur congénitale aréolaire unilatérale; les autres infiltrations graisseuses plus ou moins diffuses que l'on a signalées coïncident en général avec des anomalies de développement du pied.

Les maladies familiales du système nerveux et des viscères peuvent, à bon droit, être considérées comme liées à des anomalies de développement au même titre que les monstruosités et les difformités familiales; il paraît exister aussi des tumeurs familiales dont l'étude doit être au moins aussi intéressante au point de vue de la pathogénie. L'intérêt sera d'autant plus grand qu'on saura mieux éliminer l'élément héréditaire, ce que n'ont pas toujours réalisé les auteurs qui ont décrit des maladies familiales.

1. Byrom Bramwell. *Studies in clinical medicine*, 1890, p. 43.
2. Ch. Féré. *La pathologie des émotions*, 1892, p. 246.
3. Duhring. *Case of dermatitis herpetiformis caused by nervous schock* (*Amer. journ. of med. science*, 1885, vol. LXXXIX, p. 94). — C. Casarini. *Erpete genitale nevralgico* (*Riforma medica*, 1900, vol. I, p. 171).
4. Nicolle et Halipré. *Erythèmes nerveux récidivants* (*La Normandie médicale*, 1897, p. 107).
5. Pirovano. *Lipoma en la planta del pie, estirpación* (*Rev. med. chir.*, Buenos Ayres, 1879, XVI, p. 49.
6. Gay. *Fatty tumour on sole of foot* (*Trans. of Path. Soc. of London*, 1862-3, XIV, p. 243).

PERFORATIONS PAR ARME A FEU

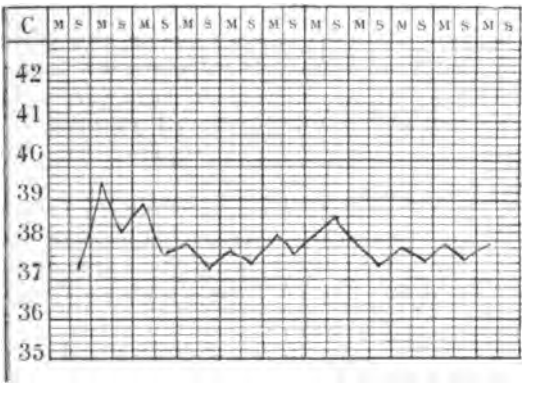
DE L'ESTOMAC, DU COLON ET DU DIAPHRAGME

SUTURE — GUÉRISON

Par le Dr O. LAURENT

Professeur à l'Université de Bruxelles.

G..., vingt-deux ans, soldat, est apporté à l'hôpital de Molenbeck-Saint-Jean le 30 mars 1899, à douze heures et demie du matin : couché dans son lit et le tronc fléchi à gauche, il s'est tiré à dix heures, dans la poitrine, un coup de revolver à bout portant. On constate entre la 8e et la 9e côte, à 10 centi-



mètres de la ligne médiane, une plaie d'environ 3/4 de centimètre, tachée de poudre, saignant légèrement et entourée d'une zone d'emphysème de plusieurs centimètres. Douleurs très vives dans la région inférieure de la poitrine et la partie supérieure de l'abdomen. Absence de vomissements, de toux, d'expectoration et de crépitation osseuse. Notre interne, M. Mesmaeker, introduit la sonde stomacale et ramène une grande quantité de sang. Rien d'anormal à l'auscultation; pas d'oppression marquée. Un peu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, il existe une petite saillie sous-cutanée, douloureuse. Pouls à 120, température 37,3. Douleurs abdominales très vives; tympanisme.

Nous voyons le malade à quatre heures, et commençons l'opération à quatre heures et demie :

C'est la sixième heure ; il existe des perforations des organes abdominaux et du poumon et un commencement de péritonite.

Anesthésie au chloroforme. La balle est retirée facilement par une petite

incision cutanée : elle a un calibre de 7 millimètres. Laparotomie immédiate : incision de 15 centimètres à partir de l'appendice xyphoïde, le long du rebord costal gauche. La cavité péritonéale ouverte, la tension intestinale se montre excessive; les anses grêles supérieures sont congestionnées et tympanisées (*péritonite débutante*). Toutes les anses sont recueillies et attirées au dehors sur de nombreuses compresses chaudes : *éviscération.*

Examinant tout d'abord l'estomac, nous y trouvons une perforation vers le milieu de sa face antérieure : fermeture au moyen de trois points de suture à la soie. Pénétrant ensuite à travers le mésocôlon transverse, nous constatons une autre perforation symétrique, sur la face postérieure de l'estomac : suture.

Mais des gaz intestinaux s'échappent : le côlon transverse présente une *perforation*, qui est fermée, et une plaque de contusion.

L'intestin est déroulé et *examiné sur toute son étendue.*

Nous faisons des recherches vers la région postérieure de l'estomac et de la rate, où existe un épanchement sanguin peu important.

C'est à ce moment que nous percevons nettement un bruit de soufflet : il est dû à une *perforation du diaphragme* : celle-ci siège à 4 ou 5 doigts du rebord costal et est fermée à son tour à l'aide de trois points de suture. Pour cela, l'assistant applique les faces palmaires des deux mains sur le rebord costal et le diaphragme, et relève fortement ce rebord pendant que, à l'aide d'une pince de Museux à double crochet, j'agrippe la zone perforée du diaphragme, que j'amène à portée de l'aiguille : deux points de suture à la soie sont placés.

Réduction de l'intestin. Lavage général au sérum artificiel, sutures de la paroi à trois étages. Injection sous-cutanée de 2 litres de sérum artificiel.

A sept heures du soir, pouls 110, température 37,3. Douleurs abdominales, oppression, accélération des mouvements respiratoires; crachats sanguinolents.

1er avril. Douleurs diminuées. Oppression, crachats sanguinolents, matité de la région thoracique postérieure. Une selle à la suite d'un lavement glycériné. Injection de 2 centigrammes d'acétate de morphine.

5 avril. A souffert de la fosse iliaque gauche. Pas d'autre douleur abdominale. Les phénomènes thoraciques s'amendent ensuite.

L'opéré sort le 18 mai : il persiste un peu d'oppression et de matité thoracique: rien à noter du côté du ventre.

Il nous écrit un mois après : il est complètement guéri.

Particularités du cas : 1° Nous croyons que, sans notre intervention, la mort eût été provoquée par la péritonite et hâtée par l'hémorragie; 2° la suture du diaphragme nous paraît être assez intéressante pour être signalée; 3° la perforation simultanée du côlon transverse et d'une région élevée de l'estomac est, au premier abord, paradoxale. C'est pourquoi, en la constatant, nous avons pu émettre l'avis que le sujet avait tiré en position inclinée.

LE CANCER DU GROS INTESTIN

RECTUM EXCEPTÉ

Par R. DE BOVIS,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Reims,
Chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

(*Suite* [1]).

B. Pronostic.

Il n'est nul besoin d'insister sur la gravité du cancer de l'intestin; elle tient tout entière en deux mots : c'est un *cancer*, et très généralement une *sténose*; tôt ou tard l'occlusion ou l'obstruction intestinales menacent de mettre fin aux jours du malade.

Les complications, en particulier les abcès para-intestinaux, les péritonites par perforation, constituent un danger plus rare.

Le *siège* n'est pas indifférent non plus à la gravité du cancer de l'intestin : les cancers de l'S iliaque, petits, très sténosants, échappant facilement à l'observation et, plus difficilement abordables au point de vue opératoire, sont d'un pronostic beaucoup plus sérieux que ceux du reste du côlon.

Le *sarcome* est surtout grave par la promptitude des récidives après l'opération radicale.

L'*âge*, comme on le sait, n'est pas sans influence sur la gravité du cancer en général. Ici, cependant, nous n'avons aucune donnée nous permettant de confirmer cette loi : sur nos 426 observations, 35 [2] se réfèrent à des sujets de onze ans à trente ans inclus (le plus jeune a quatorze ans). Or, ces sujets ont été opérés, en moyenne, 15,8 mois après le début de leur affection; si l'on compare cette moyenne d'*existence préopératoire* à celle des autres catégories de

1. Voir les numéros de juin et juillet 1900.
2. Le diagnostic anatomique est incertain ou insuffisamment spécifié dans trois cas.

malades[1], on voit qu'elle leur est plutôt supérieure. Nos faits étant peu nombreux cependant, nous ne nous permettrons pas d'infirmer, même en l'espèce, une loi des plus connues et des plus souvent vérifiées[2].

Quant aux suites opératoires, qui pourraient nous édifier dans une certaine mesure, elles sont généralement un peu négligées. Sur 16 malades suivis jusqu'à leur mort ou plus de trois mois, on trouve :

OPÉRATIONS PALLIATIVES.

1 survie de 2 mois 3/4.
1 — 3 mois.
1 — 6 —
1 — 7 à 8 mois.
— 11 mois.

OPÉRATIONS RADICALES.

1 récidive et mort après 1 mois.
1 — 2 mois.
1 — 3 mois 1/2.
1 mort d'occlusion intestinale après 2 mois.
1 vivant après 4 mois.
1 — 5 —
1 — 6 —
1 — 13 mois 1/2.
1 — 18 mois.
1 — 42 —
1 — 8 ans.

Si l'on remarque que la première récidive concernait un cas de cancer secondaire, et si l'on compare le reste aux résultats que nous donnerons à propos du traitement, on voudra bien convenir que la malignité du cancer de l'intestin chez les jeunes sujets a besoin d'autres preuves pour être établie. Il n'y a vraiment dans cette série que 2 cas[3] (les deux dernières récidives), où le cancer ait réellement fait preuve de malignité et, dans l'un (Eastman), on pourrait arguer encore d'une greffe au cours de l'opération.

Si des facteurs fréquents et importants concourent à faire du cancer intestinal une affection grave, il est au moins deux conditions qui en atténuent la gravité : sa localisation prolongée et sa généralisation.

1. Voir *Durée*, *Terminaison*.

2. Dans une thèse récente, Louart admet cette évolution plus rapide du cancer intestinal chez les jeunes sujets ; mais, il le fait sous une forme un peu dubitative (*Le cancer du gros intestin, rectum excepté, dans la jeunesse*, thèse de Paris, 1900, p. 29).

3. F. Dumont, 1893 ; Eastman (1887) : cancer de l'intestin et petit kyste de l'ovaire : ablation simultanée ; récidive rapide dans le moignon annexiel.

sation tardive. Toutes deux le rendent éminemment propre à l'intervention chirurgicale.

Celle-ci, malheureusement, sous sa forme radicale, est encore un acte des plus sérieux; si elle offre au cancéreux de très belles chances de survie, aussi belles, peut-être même plus belles qu'avec n'importe quel cancer externe, elle n'en constitue pas moins un danger immédiat et il en est plus d'un encore qui pensera, comme Dupuytren mourant [1], « qu'il vaut mieux périr de la main de Dieu que de la main des hommes ».

VIII. — TRAITEMENT

Suivant l'usage, le traitement peut être divisé en médical et chirurgical.

A. — Traitement médical.

Le traitement médical doit être envisagé dans les périodes de calme et dans celles d'obstruction.

I. *Périodes de calme.* — Dans les périodes de calme, et en attendant un sérum anticancéreux quelconque, le traitement ne peut être qu'un traitement moral, bon tout au plus à tromper le malade.

II. *Périodes d'occlusion.* — Dans les périodes d'occlusion, la série des moyens médicaux, depuis les drastiques jusqu'aux analgésiques, d'une part, et depuis le lavement jusqu'au lavage d'estomac, d'autre part, est véritablement infinie. Mais, la description de ces moyens relève d'un article didactique sur l'occlusion intestinale, et non du sujet qui nous occupe et qui n'en est qu'un cas particulier. Nous aurons cependant à revenir sur ces moyens, à l'occasion des indications thérapeutiques et opératoires — ou, plus exactement peut-être, — sur l'abus qu'il n'en faut pas faire.

B. — Traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical est symptomatique, palliatif ou radical.

Le premier se contente de traiter l'occlusion, les abcès, la péritonite, etc.

Le second vise à la dérivation permanente des matières : il est en même temps aussi symptomatique. Il comprend l'entérostomie et l'entéro-anastomose.

1. Et il ne s'agissait alors que d'un empyème!

Le troisième est représenté par l'entérectomie.

Nous allons étudier les méthodes et les questions qui s'y rapportent, sous les rubriques suivantes :

I. Étude critique des observations, des méthodes opératoires et de leurs résultats.

II. Étude comparative des méthodes opératoires.

III. Indications opératoires et choix des procédés.

IV. Remarques sur la technique.

I. Étude critique des méthodes opératoires et de leurs résultats.

A. Traitement chirurgical symptomatique.

L'obstruction intestinale, à des degrés divers, étant en somme le grand symptôme du cancer de l'intestin et se trouvant visée dans toutes les méthodes palliatives ou curatives, nous ne dirons ici qu'un mot sur les *ponctions capillaires*, très vantées à une certaine époque par M. le Prof. Desmons (de Bordeaux). Nous ignorons ce qu'on est réellement en droit d'en attendre ailleurs; mais, dans la seule observation où elle fut employée, à notre connaissance, dans le cancer de l'intestin (Hervé, 1897), le résultat en fut bien malheureux : à l'autopsie, l'abdomen était rempli de gaz putrides et il y avait de l'emphysème des parois.

Signalons également ici — car nous n'en connaissons qu'un cas — l'excision interne des bourgeons sténosants à l'aide de la rectoscopie, et qui a été pratiquée par Tuttle, pour un cancer de l'extrémité inférieure de l'S iliaque [1].

A l'égard de la *péritonite par perforation* et des *abcès*, nous serons également bref par la force des choses.

Il n'y a que peu à espérer dans le traitement de la première, car un cancéreux est déjà bien avancé quand il en arrive à la perforation. Il n'y a pas longtemps non plus que la chirurgie s'attaque à ces péritonites. Dans un cas de Göpper (1892, IV), en même temps qu'on établissait un anus contre nature, on put suturer deux perforations, mais on en créa une troisième, tant l'intestin était friable. Dans celui de Jacomet (1898), on ouvrit le ventre, l'appendice fut trouvé perforé, on le réséqua. Mais, le malade succomba : on découvrit à l'autopsie un cancer de l'angle hépatique. Dans l'observation inédite

1. James Tuttle. *Local examination and treatment of the upper end of rectum and sigmoïd flexure* (*N.-Y. med. Journal*, 2 juin 1898, p. 2.)

TABLEAU V. — **Entérostomies.**

ANNÉE de la publication.	AUTEURS	RÉSULTATS Guéris.	RÉSULTATS Morts.	CAUSES DE LA MORT	ÉTAT CLINIQUE AU MOMENT DE L'OPÉRATION	OPÉRATION	SIÈGE	SEXE	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE
1879	Waldström*.....	»	1	Pneumonie.	Obstr.	Entérost.	V.	F.	12 mois.	»
—	Percival.....	1	»	—	. I.	Anus lombaire.	D	H.	»	6 à 8 mois.
1885	P. Berger.....	»	1	Collapsus.	O. ?	Laparo-entérost.	S.	H.	»	»
1886	Carrington.....	»	1	Périt. Paral. intestinale.	Obstr.	Anus lombaire.	V.	H.	5 mois. (sarcome.)	»
1887	Chevalier.....	»	1	Sync. (collaps)	O. I.	Entérost.	A.	F.	»	»
—	Le Dentu.....	»	1	Paral. intest.	Obstr.	Laparo-entérost.	S.	F.	»	»
—	Kirmisson*, I.....	»	1	Péritonite.	—	Entérost.	T.	H.	»	»
—	— II,.....	1	»	—	—	d°	S.	H.	»	10 mois†.
—	Reclus.....	1	»	—	—	d°	S.	F.	»	12 mois.
—	Rydigier.....	»	1	Collaps.	—	Laparo-entérost.	S.	H.	»	»
—	Terrier.....	»	1	Péritonite.	O. I.	d°	A. spl.	H.	12 mois.	»
—	Trélat.....	»	1	Collaps.	—	d°	S.	H.	»	»
1888	Polk.....	1	»	—	Obstr.	d°	S.	F.	»	»
1889	Dillner*, XX.....	1	»	—	—	Entérost.	S.	H.	»	52 jours†.
—	— XXI.....	»	1	Collaps.?	—	d°	S.	F.	»	»
—	— XXII.....	»	1	Péritonite.	—	d°	S.	F.	»	»
—	Legrand.....	»	1	Collaps.?	O. I.	Laparo-entérost.	S.	H.	»	»
—	Staffel*, II.....	»	1	Anus mal placé	Obstr.	Entérost.	D.	H.	»	»
—	— I.....	»	1	Septicémie.	d°	d°	S.	F.	»	»
—	— IV.....	»	1	d°	d°	d°	S.	F.	»	»
—	— V.....	1	»	—	—	d°	D.	F.	9 mois.	31 mois†.
1890	König*, III.....	1	»	—	—	Laparo-entérost.	S.	H.	»	»
—	— V.....	»	1	Péritonite.	O. I.	d°	S.	H.	»	»
—	— IX.....	1	»	—	Obstr.	d°	S.	F.	»	5 mois†,
1891	Bryant.....	1	»	—	d°	Entérost.	C.	F.	»	»
—	Paul*, II.....	1	»	—	Diarrhée.	d°	S.	H.	»	»

TABLEAU V (Suite).

ANNÉE de la publication.	AUTEURS	RÉSULTATS Guéris.	RÉSULTATS Morts.	CAUSES DE LA MORT	ÉTAT CLINIQUE AU MOMENT DE L'OPÉRATION	OPÉRATION	SIÈGE	SEXE	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE
1891	Reeves	1	»	Péritonite.	Diarrhée.	Entérost.	C.	H.	»	»
—	Thiéry	»	1	Paral. intest.	O. I.	Laparo-entérost.	S.	H.	»	»
1892	Bloch*	1	»	—	Obstr.	Entérost.	S.	F.	»	»
—	Comte, p. 270	»	1	Perforat. int.	O. I.	d°	D.	F.	»	»
—	Gross	»	1	Paral.? coll.?	d°	Laparo-entérost.	A. spl.	H.	»	»
—	Senn	1	»	—	d°	d°	S.	F.	»	10 jours †.
—	W. Thomson*, I	»	1	Collaps.?	d°	d°	A.	H.	»	»
—	— III	1	»	—	d°	d°	A.	F.	12 mois.	6 mois †.
1893	Göpper*, IV	»	1	Péritonite.	Obstr.	d°	D.	F.	»	»
—	— VIII	»	1	Collaps.	O. I.	d°	A. hép.	F.	»	»
1894	Nimier*, XIII	»	1	Collaps.?	d°	d°	S.	H.	»	»
—	Obalinsky*, LV	»	1	Apopl. céréb.	Obstr.	d°	S.	H.	»	»
—	— LX	»	1	Collaps.?	O. I.?	d°	S.	F.	»	»
1895	Crespin (Bazy)	»	1	Collaps.?	Obstr.	Entérost.	A. spl.	F.	»	»
—	Körte*, VIII	1	»	—	d°	d°	C.	H.	12 mois.	2 mois †.
—	Ruepp* (Kronlein) II.	1	»	—	d°	Laparo-entérost.	C.	F.	3 mois.?	2 mois 3/4 †
—	— — VI.	»	1	Péritonite.	d°	Entérost.	S.	H.	12 mois.	»
—	— — VII.	»	1	Phlegmon.	O. I.	Laparo-entérost.	S.	F.	3 mois.	»
—	— — IX.	1	»	—	d°	Entérost.	S.	F.	24 mois.	7 mois 1/2 †
—	— — XI.	1	»	—	d°	d°	S.	F.	3 mois.?	33 mois †.
—	— — XII.	1	»	—	d°	d°	S.	F.	5 mois 1/2.	12 mois.
—	— — XVI.	»	1	Collaps.	d°	Laparo-entérost.	A. spl.	H.	»	»
—	— — XVIII	»	1	d°	Obstr.	d°	S.	F.	»	»
—	— — XIX.	»	1	d°	O. I.	Entérost.	S.	H.	»	»
—	— — XX.	»	1	d°	d°	d°	T.	H.	»	»
1897	Bazy	1	»	—	—	Laparo-entérost.	S.	F.	»	7-8 mois.
—	Broca	»	1	—	O. I.	d°	A. spl.	F.	»	»

TABLEAU V (Suite).

ANNÉE de la publication.	AUTEURS	RÉSULTATS Guéris.	RÉSULTATS Morts.	CAUSES DE LA MORT	ÉTAT CLINIQUE AU MOMENT DE L'OPÉRATION	OPÉRATION	SIÈGE	SEXE	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE
1897	Binaud	»	1	Collaps.	O. I.	Laparo-entérost.	S.	H.	»	»
—	Gangolphe*, II	1	»	—	d°	Entérost.	?	H.	»	»
—	— III	1	»	—	d°	d°	S.	H.	»	2 mois †.
—	Hochenegg	1	»	—	d°	d°	?	F.	»	»
—	Lehmann (Czerny)* IX	1	»	—	Pas d'O. I.	Laparo-entérost.	S.	H.	4 mois 1/2	5 mois 3/4.
—	— XXVI	1	»	—	Obstr. lég.	Entérost.	S.	H.	24 mois.	6 mois 1/2.
—	— XXXI	1	»	—	d°	d°	S.	H.	18 mois.	11 mois 1/2.
—	Routier	1	»	—	O. I.	Laparo-entérost.	S.	F.	»	35 mois †.
1898	Verdelet	»	1	Anus mal placé	Obstr. lég.	Entérost.	A. hép.	H.	8 mois.	»
1899	Bacaloglu et Pagnez	»	1	d'	O. I.	d°	V.	H.	»	»
—	Lardennois et Aguinet	1	»	—	Pas d'O. I.	d°	S.	H.	18 mois.	15 jours †.
—	G. Luys	»	1	Péritonite.	O. I.	d'	S.	F.	18 mois.	»
1900	De Bovis* (inédites), I.	»	1	Collaps.	d°	d°	S.	F.	24 mois.	»
—	— — II.	»	1	Phleg. paroi.	Obstr.	d°	S.	H.	10 jours.	»
—	— — III.	1	»	—	d°	d°	S.	F.	24 mois.	»
	TOTAL [1]	29	35							

1. Les anus contre nature précédant une opération radicale se trouvent dans les tableaux suivants.

OBSERVATIONS :

L'astérisque * indique les *statistiques intégrales* ou *semi-intégrales*.

La † indique les sujets suivis jusqu'à leur mort (dernière colonne); les durées post-opératoires sans aucun signe indiquent que le sujet vit encore à l'heure où écrit l'auteur de l'observation.

Abréviations :

O. I.	Occlusion intestinale.	A.	Côlon ascendant.
Obstr.	Obstruction.	T.	— transverse.
Const.	Constipation.	D.	— descendant.
Entérost.	Anus iliaque.	A. spl. et A. hép.	Angles splénique, hépatique.
V.	Valvule.	S	S iliaque
C	Cæcum.		

III du Prof. Lennander, les lésions étaient encore plus compliquées : le traitement fut immédiat et radical, puisqu'on enleva l'intestin cancéreux perforé, et qu'on nettoya le foyer purulent, mais le malade succomba néanmoins : l'opérateur avait pu cependant empêcher la contamination générale du péritoine.

Quant aux *phlegmons* ou *abcès*, qui s'ouvrent en général à la face antérieure de l'abdomen, ils ont été traités comme de vulgaires suppurations et, il n'y a souvent d'ailleurs rien de mieux à faire. Les fistules intestinales qu'ils laissent constituent une soupape de sûreté, se transformant souvent en véritable anus artificiel [1].

B. Traitement chirurgical.

1. DE L'ANUS CONTRE NATURE

SOMMAIRE

1° *Résultats immédiats.* — *a*). *Mortalité opératoire* : statistiques et causes de la mort). *b*). *Conditions qui influent sur la mortalité opératoire* : 1) morts accidentelles; 2) moment de l'opération : elle est généralement trop tardive; 3) siège de la tumeur; 4) sexe : les femmes supportent mieux et l'opération et l'obstruction; 5) techniques opératoires : l'entérostomie est plus grave après la laparotomie exploratrice, que quand elle est exécutée d'emblée; entérostomie en deux temps, bonne en principe, pas toujours applicable; progrès divers à réaliser.

2° *Suites opératoires et résultats éloignés.*

1° Résultats immédiats.

A. *Mortalité opératoire.* — Notre série d'anus contre nature est formée de deux groupes. Le *premier groupe* comprend 68 observations, dans lesquelles l'anus contre nature a été et est resté la *seule opération pratiquée*. Le *second groupe* est formé de 33 observations : dans 4 cas, l'anus contre nature a servi de *temps préliminaire*, à une entéro-anastomose [2]; et dans les 29 restants, il a précédé une résection de l'intestin (entérectomie) [3].

1. *Autres observations.* Kolaczek, 1873; Laveran, 1875; P. Thiéry, 1890, obs. pp. 37 et 39; Gangolphe, 1897, obs. I; Sorel et Chérot, 1898.

2. R. Abbe, 1889; Stimson, 1893; Friole, 1895; Morton, 1895.

3. Les observations qui suivent se retrouveront aux : Entérectomies en plusieurs temps, Baum, 1879; O. Bloch, 1892, III; Allingham, 1893; Rindfleisch, 1893, VII, VIII; Hahn, 1894; Israël, 1894; Littlevood, 1894; Studsgaard, 1894, obs. f. et g.; Paul, 1895, II; M. Robson, 1896, II; Israël, 1896; Schiller, 1896, III, XVII; Hahn, 1897, III, IV; Hochenegg, 1897, IV; Compoint, 1898, III, X (Nélaton), XV (Segond); Darling, 1898; Battle, 1899; Escher, 1889; Schlange, 1889; Caird, 1895, XIV; Floderus, 1895; Marsh, 1897; Steffens, 1898, XII.

La juxtaposition de ces deux groupes est parfaitement légitime; mais les auteurs de monographies oublient de la faire dans leurs statistiques sur l'anus contre nature. En effet, dans les deux groupes, l'opération de l'entérostomie est faite comme *opération d'urgence*; ils sont donc absolument comparables. Le second groupe, entérostomie-entérectomie, ne se distingue que par ce fait que, les conditions anatomiques étant meilleures, le chirurgien peut en venir à une opération radicale.

Ces 101 entérostomies ont donné une mortalité de 38,6 0/0 (39 cas : *mortalité littéraire*).

Si l'on se borne à ne considérer que les observations des *statistiques intégrales ou semi-intégrales* [1], on trouve 57 cas avec une mortalité semblable de 38,6 0/0. Ce chiffre de 38,6 0/0, peut être considéré comme très approché de la *mortalité réelle*, bien qu'il soit probablement encore un peu inférieur à elle. En tout cas, nous pouvons en toute sûreté l'utiliser dans nos appréciations comparatives, nos autres chiffres s'obtenant dans les mêmes conditions de calcul.

B. *Conditions influant sur la mortalité opératoire.* — 1. *Morts accidentelles.* — Le chiffre de 38,6 0/0 représente la somme de risques encourus par un malade soumis à l'entérostomie. Mais il est bon de savoir que quelques-uns ne sont pas à l'actif de la méthode, que d'autres pourraient être évités ou diminués, etc.; nous allons donc étudier les causes de la mortalité *post-opératoire*. L'apoplexie et la pneumonie sont de simples *accidents*, possibles après toute opération grave.

Paralysie intestinale et collapsus	1
Paralysie intestinale	2
Collapsus (indiqué ou probable)	17
Infections péritonéales	9
Péritonites par perforations (ayant débuté avant l'entérostomie)	1
Infections pariétales (phlegmons stercoraux, septicémie consécutive, etc.)	4
Anus mal placés [2]	3
Apoplexie cérébrale	1
Pneumonie	1
	39

1. Nous rappelons que nous entendons par là les statistiques authentiquement intégrales de quelques auteurs (Billroth, König, Carlson, Borelius, etc.) ou les publications comprenant plusieurs cas et ayant quelques chances de présenter la totalité des malades traités par l'auteur. Les pourcentages donnés par ces statistiques intégrales, ou semi-intégrales, sont presque pareils. Il va sans dire, cependant, que les premières seules ont une valeur absolue. Par *mortalité littéraire*, nous entendons celle d'une statistique fabriquée avec tous les faits qu'on peut recueillir dans la littérature.

1. C'est-à-dire placés en aval de la tumeur, par suite de la difficulté de se reconnaître dans le ventre.

Les péritonites sont très loin d'être toujours de cause opératoire : nous croyons qu'elles sont dues, pour une très grande part, à l'état précaire de la séreuse, à l'ascite et à l'exode des germes intestinaux à travers les parois ectasiées de l'intestin : c'est-à-dire, qu'elles sont dues surtout à la tardive exécution de l'entérostomie. Dans le cas de G. Luys[1], il se produisit un accident très rare : l'intestin, très mince, (cæcum) se déchira, quand on voulut l'attirer au dehors, puis les sutures cédèrent quelques jours après, et l'*absence d'adhérences* fit que l'intestin s'enfonça dans le ventre, pour se vider cette fois dans le péritoine.

Les *infections pariétales*, phlegmons stercoraux, septicémies à point de départ stercoral, sont des accidents connus, malheureusement assez fréquents. Nous dirons aux remarques techniques ce qu'on peut faire pour les éviter.

2. *Moment de l'opération.* — Mais ce qui déjà saute aux yeux par le tableau précédent, c'est que l'opération de l'anus contre nature est généralement faite très tard, presque *in extremis*. La paralysie de l'intestin est en effet le fruit de la surdistension du tube digestif par l'obstruction; le collapsus est dû à l'épuisement et à l'intoxication stercorale du malade, la péritonite elle-même est due pour beaucoup à l'arrêt de la circulation alvine.

Une condition qui semble jouer encore un très grand rôle, c'est la présence ou l'absence d'une *obstruction* légère, grave ou complète.

Sur 74 malades examinés à ce point de vue, et dont l'observation donne des détails suffisants, nous trouvons 48 guérisons et 26 morts; le tout peut se classer de la façon suivante :

	GUÉRISONS	MORTS
Absence d'obstruction	3	»
Obstruction légère, ou bon état général	3	1
Obstructions plus anciennes	13	1
Obstructions graves, ou occlusions intestinales	29	24
Total	48	26

Certainement, nous ne pouvons répondre d'une façon absolue de nos chiffres : mais, quelque part qu'on fasse à la subjectivité de nos appréciations, il semble de la dernière évidence que plus l'obstruc-

1. G. Luys, 1899.

tion est grave ou ancienne, plus le pronostic opératoire devient sombre. C'est l'occlusion intestinale vraie ou aiguë, qui amène surtout des désastres, car on voit souvent des obstructions, même très anciennes[1], guérir parfaitement.

Les grandes différences qu'il y a entre telle ou telle obstruction, nous ont rendu impossible d'apprécier leur gravité par *leur durée*, car le degré de perméabilité de l'intestin varie d'un cas à l'autre.

3. *Siège de la tumeur.* — Les quelques chiffres suivants, bien que peu nombreux, semblent indiquer une gravité à peu près égale pour les différentes parties du gros intestin; l'énorme ressaut qui marque les cancers du côlon se serait sans doute atténué avec une statistique plus importante.

Cæcum	7	cas	3	morts ou	42,8	p. 100
Côlon ascendant	10	—	2	—	25	—
Côlon transverse et angles	15	—	9	—	60	—
Côlon descendant	8	—	3	—	37,5	—
S iliaque	60	—	22	—	36,6	—

L'occlusion intestinale étant, en effet, un des principaux facteurs du pronostic opératoire, il est tout naturel que le siège importe peu. Remarquons seulement l'énorme proportion de cancers de l'S iliaque, ce qui confirme une remarque faite déjà plusieurs fois, que les tumeurs sténosantes, et partant l'occlusion, se rencontrent de préférence sur la dernière portion du gros intestin.

4. *Pronostic opératoire d'après le sexe.* — Il est en faveur de la femme : il ne s'agit pas d'une exception, car nous retrouverons partout cette supériorité du sexe faible, que Salzer avait déjà remarquée.

Hommes	49	cas.	22 morts ou 44,8 p. 100
Femmes	52	cas.	17 morts ou 32,6 p. 100

Mais la supériorité de la femme éclate encore dans ce fait qu'elle supporte l'obstruction beaucoup mieux que l'homme, ce qui est assez naturel, en raison de la fréquence de la constipation chronique chez elle. En effet, parmi les hommes guéris, la durée moyenne de l'obstruction est de sept à huit jours; *elle est de près du double chez la femme.*

5. *Techniques opératoires.* — L'anus artificiel s'établit dans deux circonstances différentes : ou bien d'*emblée*, si le chirurgien a son

1. Exemples de guérison : Schlange, 1889, 19 jours d'obstruction ou occlusion; Paul, 1895, II, 24 jours d'obstruction et 11 jours d'occlusion; Israël, 42 jours. Dans le cas de Ruepp, 1895, II, il n'y avait *ni selles ni gaz depuis 21 jours.* Ce cas nous paraît tellement extraordinaire, que nous songeons involontairement à une erreur typographique.

opinion faite, si la situation presse, etc., ou bien à la suite d'une *laparotomie exploratrice.*

61 entérostomies d'emblée.....	19 morts ou 31,1 p. 100
39 entérostomies après laparotomie exploratrice	20 morts ou 53,8 p. 100

La gravité de la laparotomie chez des cancéreux et des cancéreux obstructionnistes apparait donc bien évidente. Trélat[1] incrimine positivement la laparotomie d'avoir causé la mort d'un malade, grâce aux manœuvres exploratrices.

Chez un autre malade de Göpper[2] (obs. IV), ces manœuvres ont évidemment causé la mort, puisqu'elles amenèrent la déchirure de l'intestin et une péritonite.

Un autre inconvénient de la laparotomie, c'est d'exposer à des difficultés énormes au moment où il faudra rentrer l'intestin.

Comme le remarque Terrier[3], les ponctions qu'il faut alors pratiquer sur l'intestin donnent autant de nouvelles chances d'infecter le péritoine. Certainement Senn, Lennander[4] et bien d'autres n'ont pas eu à s'en plaindre; dans le cas de Senn, il fallut même inciser l'intestin et l'exprimer pour le dégonfler. Mais rien n'empêche de penser que, dans les cas malheureux, ces ponctions ne soient un des facteurs de l'échec[5].

Il est donc à souhaiter, que, dans le cas de cancer de l'intestin, ou même de doute, l'opérateur ne cherche pas la confirmation de son diagnostic dans une laparatomie, mais qu'il pratique d'emblée, et sans perdre de temps, une entérostomie, au lieu qu'il supposera le plus favorable.

La colostomie en deux temps n'a été employée que 9 fois, avec 4 guérisons et 5 morts. C'est certainement la méthode idéale, au point de vue de la sécurité, mais, en fait, elle n'a fait preuve ici d'aucune supériorité, ce qui montre bien que le danger n'est pas du côté du péritoine, mais dans l'intestin lui-même. Le malade est les trois quarts du temps en puissance de stercorémie : *il faut donc faire vite. La colostomie en un temps est par conséquent, règle générale, la méthode de choix.*

Le jour où les médecins se décideront à envoyer plus tôt leurs

1. Trélat, 1887.
2. Göpper, 1892, IV. Il est juste de dire que la laparotomie permit aussi la suture de deux perforations.
3. Terrier, 1887.
4. Senn, 1892; Floderus (Lennander), 1895.
5. Nous parlons d'une manière générale, car ici nous ne pouvons que citer le malade de F. H. Gross, 1892, et il n'y est pas parlé de péritonite : le malade mourut dans les vingt-quatre heures.

malades aux chirurgiens, nous changerons de formule peut-être, pour nous ranger à l'opinion de M. Thomson, qui se déclare partisan de l'anus en deux temps.

Quant à la technique même de l'anus contre nature, bien que ce ne soit ni le lieu ni notre but de la discuter à fond, nous nous prononcerons en faveur de celle qui donne un fort éperon. Le procédé de Maydl-Reclus, dans lequel on passe une baguette de verre au-dessous de l'intestin, nous paraît le meilleur. En effet les sutures peuvent déchirer et, s'il n'y a pas d'adhérences, comme dans le cas de G. Luys, les matières vont s'épancher en plein péritoine : si exceptionnel que soit ce cas, il est à prévoir. Même quand il y a des adhérences, il peut arriver (cas de Staffel et un des nôtres[1]) que l'orifice intestinal s'enfonce dans le ventre : les matières, en s'écoulant souillent le tissu cellulaire abdominal ou rétro-péritonéal, d'où phlegmon stercoral. Un autre avantage d'un gros éperon ou d'une forte saillie de l'intestin, c'est que l'anus n'aura guère de tendance à se fermer; or, s'il s'agit d'un cancer, on comprend très bien que l'entérostomie doit être permanente. De plus, la saillie de l'intestin hors de la plaie permettrait l'usage d'un appareil prothétique assez commode et assez simple imaginé par H. Cordua : c'est une sorte de poche caoutchoutée, prenant le lieu et la place de la classique pelotte.

Dans l'exécution de l'anus contre nature, il est prudent d'introduire, aussitôt après l'opération, un gros tube à drainage dans le bout supérieur de l'intestin, afin de combattre, si possible, *la parésie de l'intestin*. A la prochaine occasion, nous emploierons même le procédé de F.-T. Paul[2] : dans le bout supérieur on glisse un très gros tube en verre, *tube de Paul*; l'intestin est lié sur lui, pour éviter que les matières ne souillent la plaie. Le tube est ensuite relié par un ajutage de caoutchouc à un aspirateur ou un siphon. Le contenu intestinal est ainsi évacué d'une manière continue, pour le plus grand bénéfice du malade et de sa plaie abdominale.

Quant au procédé récemment proposé par von Hacker[3], ayant pour but de donner des *anus contre nature continents*, on pourrait y recourir quand le temps et la gravité du cas ne presseront pas trop.

Mais ces anus continents nous paraissent bien exposés à se refermer spontanément.

Résultats et progrès durant ces dix dernières années. — Sous l'influence de Maydl, Reclus, Chaput, etc., la technique de l'anus contre

1. Staffel, 1889, I; obs. de Bovis, II (inédite).
2. F.-T. Paul. *An improvement in colotomy* (*Lancet*, 11 juin 1898, p. 1605).
3. Von Hacker. *Kolostomie mit Sphincterbildung, aus dem linken Musc. Rect. Abdominis* (*Beiträge zur klin. Chir.*, 1899, XXIII, p. 862).

nature et la pratique des chirurgiens se sont certainement considérablement améliorées pendant ces dix dernières années.

Mais les résultats ne sont pas aussi bons qu'ils devraient l'être pour une opération aussi simple que l'entérostomie.

La raison en est toujours la même : *le malade est opéré trop tard.*

Avant 1889 :	17 cas.	9 morts, ou 52,9 p. 100.
Depuis 1889 :	84 cas.	30 morts, ou 35,6 p. 100.

La statistique d'Oscar Bloch [1] accuse pour 90 cas une mortalité de près de 56 0/0.

D'ailleurs, nous trouvons que les auteurs contemporains poussent trop au noir la léthalité de l'anus contre nature dans l'affection qui nous occupe, car ils oublient précisément de tenir compte des opérations où l'anus contre nature a servi de temps préliminaire à une autre intervention.

En résumé, si l'anus contre nature n'a été et n'est encore qu'un assez triste palliatif, même au point de vue de la mortalité opératoire, il y a beaucoup de la faute des pratiques médicales contemporaines : les médecins ignorent généralement les caractères cliniques du cancer de l'intestin, s'endorment dans la fausse sécurité que donnent des obstructions incomplètes ou des occlusions tardives, et ne songent à faire opérer leurs malades, que le jour où ils sont en pleine stercorémie.

2° Suites opératoires, résultats éloignés.

a. Suites opératoires. — Nous omettons la parésie ou la paralysie intestinale et les phlegmons stercoraux, déjà mentionnés, et qui sont des facteurs importants de la mortalité post-opératoire.

Le *prolapsus* de l'intestin [2] est un fait connu et qui n'a rien ici de spécial, sinon que, dans le cas d'Israël, il permit de découvrir la tumeur sur le sommet du cylindre invaginé dans l'orifice de l'entérostomie.

Un malade de Thomson [3] fut pris de *diarrhée* tenace; l'entérite qui se greffa sur les phénomènes mécaniques ou inflammatoires dus à la sténose en était sans doute la cause.

Les eschares de décubitus, indiquées dans les observations de Nélaton et Ruepp, prouvent encore que les malades sont opérés bien

1. La statistique de Bloch, recueillie comme la nôtre à l'aide des publications médicales, comprend beaucoup de cas opérés avant l'antisepsie. G. Bloch, 1892 voir *Ind. bibl.*).
2. Israël, 1894; Ruepp, 1895, XI.
3. Thomson, 1892, III.

tard, alors qu'ils ont presque perdu toute résistance physiologique[1].

Enfin, l'anus artificiel peut fonctionner quelquefois concurremment avec l'anus naturel[2], et par suite se rétrécir peu à peu[3]. Ce fait prouve que, dans toute sténose, il faut toujours faire la part d'un élément spasmodique. Mais, il nous rappelle aussi que dans le cancer, sauf les cas exceptionnels, on doit chercher à obtenir un anus permanent, c'est-à-dire avec fort éperon. Car, bien entendu, le passage des selles par les voies naturelles ne se rétablit jamais pour longtemps, et il faut alors intervenir à nouveau.

b. Survie des opérés[4]. — Sur 17 opérés pour lesquels la survie soit donnée, nous trouvons une *moyenne de* 10,1 *mois*.

Cette moyenne est faite des extrêmes les plus disparates : à côté des opérés de Senn, de Lardennois et Aguinet[5], survivant l'un dix jours et l'autre quinze pour succomber, le premier, à une péritonite par perforation, le second, à une généralisation déjà existante, nous en trouvons qui atteignent trente et un, trente trois, trente-cinq mois de survie[6]. La malade de Staffel resta pendant deux ans et demi si bien portante qu'elle allait en société, au théâtre, dansait et s'amusait sans plus songer à son cancer que s'il n'avait jamais existé. Ces longues survies prouvent bien la grande irrégularité des manifestations cliniques du cancer, mais elles prouvent encore, ce que nous avons déjà dit plusieurs fois, que le cancer de l'intestin compte parmi les formes bénignes de la diathèse, car il s'étend peu localement et il ne se généralise que sur le tard.

Mais ce serait tomber dans une erreur arithmétique assez grossière, si, quand nous viendrons à comparer entre eux les divers procédés opératoires, nous nous bornions à juxtaposer les moyennes de survie. Il faut savoir encore quelle est, dans les cas d'entérostomies, *la moyenne de la vie pré-opératoire*, c'est-à-dire, le laps de temps écoulé entre les débuts apparents de l'affection et l'opération. Or, cette *durée moyenne pré-opératoire est de 11,5 mois.*

Nous finirons donc cette étude critique sur l'anus contre nature en disant qu'un malade soumis à cette opération vit en moyenne, depuis les débuts[7] *du cancer, un total de 21,6 mois : 11,5 avant, et 10,1 après l'opération.*

1. Ruepp, 1895, XII; Compoint (Nélaton), 1898, III.
2. Littlewood, 1894; Schiller, 1896, III; de Bovis, III.
3. Israël, 1894; Bazy, 1897; Hahn, 1897, IV; Carlson, 1899 (inédite); de Bovis, III.
4. Nous ne visons plus, bien entendu, que les cas d'anus contre nature seuls, non préliminaires.
5. Senn, 1892; Lardennois et Aguinet, 1899.
6. Staffel, 1889, V; Ruepp, 1895, XI; Routier, 1898.
7. Il s'agit de *débuts apparents*, cela va sans dire.

2. DE L'ENTÉRO-ANASTOMOSE
et de l'exclusion de l'intestin (eliminatio intestini, Ausschaltung.)

SOMMAIRE

1° *Résultats immédiats.* — *a) Mortalité post-opératoire* : statistiques et causes de la mort; *b) Conditions qui influent sur la mortalité* opératoire : 1° morts accidentelles; 2° état du malade au moment de l'intervention : peu sont atteints; d'occlusion ou d'obstruction grave, d'où la mortalité relativement faible; 3° influence du siège de la tumeur; 4° influence du sexe; 5° techniques opératoires, dangers de l'exclusion ou « Ausschaltung », que ne compense aucun avantage; plaques de Senn; bouton de Murphy : ses avantages et ses dangers.
2° *Suites opératoires et résultats éloignés : survie.*

1° Résultats immédiats.

L'entéro-anastomose est une *opération palliative*; mais elle a l'avantage de permettre aux matières intestinales de suivre leur cours naturel.

Dans un cas de Morton [1], elle fut presque une *opération de nécessité* : un anus contre nature, établi fort près de la tumeur, commençait à être envahi et obstrué par celle-ci ; plutôt que de créer une deuxième fistule intestinale, on fit une entéro-anastomose.

Dans les cas d'Abbe, Stimson et Friole [2], on pourrait l'appeler une *opération de complaisance*, car elle n'avait d'autre but, que de débarrasser les malades de leur anus contre nature : il fallut y ajouter d'ailleurs une ou deux opérations plastiques. En la place des malades, nous nous serions passé peut-être de tant de complaisance.

A. Mortalité post-opératoire. — Nous avons réuni 44 cas d'entéro-anastomoses [3] ou d'exclusions avec 12 morts post-opératoires, c'est-à-dire avec une mortalité littéraire de 27,5 0/0.

A ne prendre que les *statistiques intégrales* ou *semi-intégrales*, on trouve 24 cas avec 9 morts, c'est-à-dire une *mortalité de 37,5 0/0. C'est à ce chiffre, légèrement majoré, qu'on peut estimer la mortalité réelle de l'entéro-anastomose ou de l'exclusion de l'intestin.*

Les causes de la mort se répartissent ainsi :

1. Morton, 1895.
2. Abbe, 1889; Stimson, 1893; Friole (de Bergen), 1895.
3. Le quarante-quatrième est celui de Storp (1897), qu'on retrouvera aux entérectomies en plusieurs temps. Il mérite sa place ici, parce que l'anastomose fut faite pour remédier à une occlusion. Il en existe deux autres (Hacker in Salzer, 1892, X, et W. Edmunds), que nous ne comptons pas ici, parce que les circonstances étaient tout autres (récidive sténosante après entérectomie, dans le premier cas, cure d'anus artificiel, établi après entérectomie, dans le second.)

Morts dans les 48 heures (pas de détails; 2 cas collapsus probable et 1 collapsus au 10e jour)	3
Péritonite { sutures bonnes[1]	1
Péritonite { par insuffisance des sutures	2
Péritonite { par nécrose de l'intestin (bouton de Murphy)	1
Abcès de la paroi abdominale	1
Occlusion intestinale (oblitération du bouton de Murphy par un bouchon fécal)	2
Pneumonie; mort au 12e jour	1
Volvulus (occlusion intestinale post-opératoire)	1
Total	12

1. *Morts accidentelles.* — Il y en a toujours après toute opération : elles doivent cependant entrer en ligne de compte, sinon au passif de la méthode, du moins à l'actif des risques généraux encourus par le malade. En l'espèce, nous en trouvons une par occlusion intestinale post-opératoire (volvulus[2]), accident qui peut se montrer après n'importe quelle opération abdominale.

Les deux morts de collapsus doivent être rattachés sans doute à la gravité trop grande de l'opération, chez des sujets trop cachectisés ou en état d'obstruction trop ancienne (Obalinsky)[3].

2. *État du malade au moment de l'opération.* — Quand on vient à étudier la partie clinique des observations à entéro-anastomose, on s'aperçoit rapidement qu'un nombre de malades relativement faible sont en état d'obstruction grave ou d'occlusion; sur 45 cas, nous n'en comptons guère que 12 à 15, c'est-à-dire un tiers. D'occlusions aiguës, absolues, il ne semble même y en avoir que 4 ou 5. Les autres n'ont guère que des constipations plus ou moins opiniâtres[4].

Par contre, nous voyons les morts plus ou moins accidentelles, péritonites (sutures bonnes), collapsus, volvulus, porter exclusivement sur ce groupe des occlusifs ou obstructifs. Ici, comme ailleurs, les opérations un peu graves ou compliquées, pratiquées dans les périodes d'obstruction ou d'occlusion, se montrent très meurtrières.

3. *Influence du siège de la tumeur.* — Les morts étant peu nombreuses, et liées pour la plupart à des questions de technique ou d'indications opératoires, un tableau comparatif, au point de vue du siège, n'apprend pas grand'chose. Remarquons simplement que,

1. Mais, on avait dû ponctionner les anses intestinales, afin de pouvoir les réduire dans l'abdomen.
2. Darling, 1898. On pouvait y ajouter les cas de Barrs et M. Robson, mort par pneumonie au douzième jour.
3. Obalinsky, 1894, obs. LIII, LIX.
4. Cette remarque est importante et ne devra pas être oubliée quand nous viendrons à juger les questions de valeur comparative ou d'indications opératoires.

TABLEAU VII. — **Entéro-anastomoses.**

ANNÉE	AUTEUR	GUÉRIS	MORTS	CAUSES DE LA MORT	ÉTAT CLINIQUE AU MOMENT DE L'OPÉRATION	MÉTHODE OPÉRATOIRE	SIÈGE	SEXE	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE
1888	Fenger*, II	1	»	»	Vomissem. Affaibl.	Sutures.	A.	H.	»	10 jours †.
—	W. Meyer	1	»	»	Const.-vomis.	—	A. hép.	F.	6 mois.	4 mois.
1889	R. Abbe	1	»	»	Obstr.	Entérost.-anast. (sutures)	—	H.	12 mois.	3 mois †.
—	Staffel*, VI	1	»	»	Constip.	Sutures.	A.	H.	6 mois.	23 mois †.
—	von Wahl,	1	»	»	—	—	A. spl.	F.	48 mois.	»
1891	Chaput et Terrillon	1	»	»	Cachexie.	—	C.	H.	12 mois.	»
—	Jessett	»	1	Phleg. abd.	Obstr.	Exclusion partiel.	C.	H.	»	»
1892	Comte, p. 285	»	1	Péritonite.	O. I.	Sutures.	A. spl.	H.	»	»
—	Littlewood	1	»	»	Obstr.	Plaques de Senn.	A. hép.	H.	8 mois.	»
1893	Boiffin	1	»	»	Obstr. lég.	Sutures.	A.-C.	F.	17 mois.	18 j. † cachex.
—	R. Morrison	1	»	»	Constip.	Plaques de Senn.	C.	H.	»	2 m. 10 j. † (bronchite)
—	Stimson	1	»	»	Obstr.	Entérost.-anast. (sutures.)	S. C.	H. F.	14 mois.	»
1894	Becker*, V	»	1	Péritonite.	—	Exclusion totale.	»	»	»	»
—	Elliot	1	»	»	Obstr.	Plaques de Senn.	C.	H.	5 mois.	3 mois.
—	Obalinsky*, LIII	»	1	Collaps.?	Obstr. ou OI	Sutures.	A. hép.	F.	»	»
—	— LIX	»	1	—	—	—	D.	H.	»	»
1895	Barrs et M. Robson	»	1	Pneumonie.	Obstr.	Murphy.	A. hép.	F.	9 mois.	»
—	Chaput	»	1	Obstr. du bouton	—	—	A. spl.	F.	»	»
—	Diet (Boiffin)*, I	1	»	»	Obstr. moy.	Sutures.	C.	H.	10 mois.	3 mois.
—	— II	1	»	»	Obstr. lég.	—	C.	H.	6 semaines.	»
—	Friole	1	»	»	—	Entérost.-exclusion totale.	D.	H.	»	75 jours.
—	Hochenegg*, I	1	»	»	—	Sutures.	A.	H.	36 mois.	8 mois.

TABLEAU VII. (Suite.)

ANNÉE	AUTEUR	GUÉRIS	MORTS	CAUSES DE LA MORT	ÉTAT CLINIQUE AU MOMENT DE L'OPÉRATION	MÉTHODE OPÉRATOIRE	SIÈGE	SÉXE	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE
1895	Hochnegg*, II.....	1	»	»	Diarrhée.	Sutures.	C.	H.	12 mois.	»
—	Morton.....	1	»	»	O. I.	Entérost.-anast. (Murphy.)	A.	H.	8 mois.	3 mois †.
—	Sargnon.....	1	»	»	Cachect.	Implantation. (Murphy.)	C.	F.	6 mois.	»
1896	von Eiselsberg*, I.....	1	»	»	Constip.	Exclus. partielle.	C.	F.	36 mois.	11 mois †.
—	— III.....	1	»	»	Diarrhée.	Anastomose.	C.	H.	4 mois.	»
—	Postnikovf.....	1	»	»	Constip.	Sutures.	A. hép.	H.	48 mois.	2 mois 1/2.
—	Schiller (Czerny)*, XXV	1	»	»	Obstr. lég.	Murphy.	A.	H.	6 mois.	2 mois †.
—	— XXVII	»	1	Péritonite.	—	—	V.	?	5 mois.	»
1897	Briddon.....	1	»	»	—	—	A. hép.	H.	»	2 mois †.
—	von Eiselsberg*, VI....	1	»	»	Obstr.	Sutures.	C.	H.	12 mois.	5 mois †.
—	— VII....	1	»	»	—	—	S.	F.	24 mois.	7 mois.
—	R. Frank*, VI.....	1	»	»	—	Murphy.	A. hép.	H.	24 mois.	»
—	Vautrin*.....	»	1	Obsir. du bouton	O. I.	—	T.	F.	»	»
—	Wikerhauser,.....	1	»	»	Alternant.	Sutures.	C.	F.	»	35 jour. †.
1898	Borelius*, XI.....	1	»	»	Pas d'obstr.	Exclus. part. (Murphy.)	A.	F!	»	2 mois. †.
—	Darling.....	»	1	Volvulus.	Obstr.	Murphy.	S.	H.	»	»
—	Hume*, I.....	1	»	»	O. I.	Plaques de Senn.	A. spl.	H.	»	9 mois †.
—	— II.....	1	»	»	Constip.	Sutures.	C.	F.	»	4 mois.
—	— III.....	»	1	La suture céda.	Constip.?	—	C.	H.	»	»
—	Jonnesen.....	1	»	»	—	Murphy.	C.	H.	»	»
1899	J. Borelius* (inédites), I	1	»	»	Obstr.	Sutures.	V.	F.	2 mois.	16 mois.
		32	11							

N. B. Les signes conventionnels sont les mêmes que dans le tableau V. Le cas de *Storp*, qui constitue le 44e cas, est aux entérectomies en plusieurs temps. Les tirets (—) signifient id. ou de.

sur 44 observations, 4 seulement concernent l'S iliaque : or, si l'on se rappelle que le cancer de l'S iliaque constitue plus du quart de nos observations, on voit que les auteurs ont instinctivement choisi les cas, où l'entéro-anastomose est d'une exécution facile. Nous ne les en blâmons pas, bien au contraire, mais il faudra en tenir compte dans un jugement sur la méthode.

4. *Influence du sexe.* — Ici elle n'a rien de bien marqué, mais l'avantage est encore au sexe féminin.

Hommes.....	29 cas	avec	8	morts ou 27,5 p. 100
Femmes.....	15 cas	avec	4	morts ou 26,6
	44		12	

(*A suivre.*)

RECHERCHES ANATOMIQUES

SUR

LE CÆCUM ET SON APPENDICE

Par le Dr Giullano PERONIDI

(Travail de l'Institut anatomique de Florence. Direct. G. Chiarugi.)

L'importance pratique de l'anatomie chirurgicale du cæcum et de l'appendice m'encourage à exposer ici le résultat de quelques recherches personnelles entreprises sur quelques points de la morphologie du cæcum et de l'appendice.

Mais avant d'indiquer les résultats auxquels je suis arrivé, je tiens à rappeler brièvement les différentes descriptions données jusqu'ici par les nombreux auteurs qui se sont occupés de cette question.

La plupart des anatomistes s'accordent à regarder la fosse iliaque droite comme le *siège habituel* du cæcum; mais il serait exagéré de considérer cette disposition comme constante. Les recherches anciennes de Engel, confirmées par celles plus récentes de Trèves, Schieffudecker, Tuffier, Legueu, Pérignon, Hewson, ont montré la fréquence des anomalies de situation du cæcum, sans nous fixer cependant exactement sur la fréquence réciproque des différents types dont ils ont montré l'existence.

La *direction du cæcum* a également prêté à de nombreuses controverses, mais c'est certainement la *disposition du péritoine* cæcal qui a soulevé les plus nombreuses discussions. On sait que la plupart des classiques admettaient autrefois que toute la face antérieure du cæcum était tapissée par le péritoine; Bardeleben est le premier à s'être élevé contre cette opinion dès 1849. Depuis, Luschka (1861), Lanjer (1862) et plus récemment Fromont, Legueu, Pérignon ont confirmé l'opinion de Bardeleben.

Il me paraît inutile de donner ici les différents chiffres qu'ont donnés des *dimensions* du cæcum les anatomistes qui se sont plus particulièrement occupé de ce point. Autant d'auteurs, autant de

mensurations différentes. J'en dirai autant des dimensions de l'appendice.

Le *mode d'abouchement de l'iléon dans le cæcum* a été étudié avec beaucoup de soin par Schieffudecker, sans cependant qu'il nous fixât sur la fréquence des diverses modalités que peut présenter cet abouchement.

Est-il besoin de rappeler les différentes descriptions qui ont été données du *siège*, de la *direction* et des *rapports* de l'appendice, pour voir combien il est difficile, à l'heure actuelle, de se faire une opinion personnelle au milieu des multiples contradictions que l'on rencontre en parcourant les divers traités d'anatomie?

Je crois également devoir signaler le désaccord qui règne dans la description des *fossettes péritonéales péricæco-appendiculaires*, de Jaccoud, qu'aggrave encore une synonymie aussi riche que compliquée. Je renvoie d'ailleurs au travail de Jonnesco pour de plus amples détails sur ce point.

Voici maintenant les conclusions auxquelles je suis arrivé, après avoir étudié avec soin la région cæcale sur 50 cadavres de l'Institut anatomique de Florence.

Le cæcum *siège* ordinairement à la partie la plus déclive de la fosse iliaque droite. Ce siège iliaque inférieur existe dans 83 p. 100 des cas. Dans 14,58 p. 100 des cas, le cæcum est en position iliaque moyenne, et dans une proportion égale en position iliaque supérieure. Sur 25 p. 100 des sujets, il abandonne la fosse iliaque pour se porter dans l'excavation pelvienne (7 cas), la région ombilicale (3 cas), la fosse lombaire (1 cas). Dans 2 cas le cæcum faisait défaut.

La *direction* du cæcum est ordinairement la suivante : L'axe du cæcum est oblique à droite, en haut et en arrière. Dans 3 cas, j'ai vu le cæcum vertical; dans 2 il était absolument transversal.

Son *revêtement séreux* m'a paru complet dans 75 p. 100 des cas. Quant à la *longueur* de l'organe je l'ai vu osciller autour de 6 cm. 1; la *largeur* moyenne donnée par nos mensurations a été de 3 cm. 1. Mais les variations sont nombreuses. Dans un cas, le diamètre vertical du cæcum atteignit 11 centimètres, dans un autre la largeur de l'organe dépassait 8 cm. 5.

Le *mode d'abouchement de l'iléon dans le cæcum* m'a paru très variable. Le plus souvent le segment terminal de l'iléon aborde le cæcum transversalement. Mais il peut être oblique en bas et à droite, ou en haut et à droite.

L'appendice m'a paru présenter dans la grande majorité des cas une forme régulièrement *cylindrique*. Je l'ai ordinairement trouvé *vertical* et *placé en dedans* du cæcum. Dans 10 cas, cependant, il était rétro-cæcal, ce qui me donne la forte proportion de 20 p. 100 des cas. La *longueur* moyenne de l'appendice est de 7,6 centimètres, sa *largeur* moyenne de 5 millimètres.

J'ai vu le *méso-appendice* présenter, dans un cas, une poche, véritable diverticule séreux s'enfonçant dans son épaisseur. J'ai vu le pli iléo-appendiculaire présenter dans un cas un développement très considérable. Ce repli peut faire défaut. Dans un autre cas, le repli iléo-appendiculaire et la fossette qu'ils déterminent étaient remplacés par une fossette, régulièrement arrondie. Je suis le premier à avoir signalé ces intéressantes dispositions.

Les soi-disant *fossettes rétro-cæcales* sont en réalité rétro-côliques. J'ai cependant trouvé, dans un cas, un repli rétro-cæcal. Je n'ai jamais vu de fossette mésentérico-cæcale, mais bien une fossette mésentérico-côlique.

J'ai adopté pour la désignation de ces différentes fossettes la nomenclature de Jonnesco. Je remarquerai seulement que j'ai désigné sous le même nom de mésentérico-cæcale (ou mieux mésentérico-côlique) la fossette pré-iléale et le repli mésentérico-cæcal de Jonnesco.

Il ne me reste plus qu'à remercier, en terminant, mon maître le professeur G. Chiarugi des conseils qu'il m'a prodigués et de l'intéressant sujet de recherches qu'il a bien voulu me donner.

Bibliographie

1. Baraban, art. Péritoine, *Dict. encyclop. des Sciences méd.*, 1887.
2. Bardeleben, *Ueber die Lage des Blinddarms, etc.* (*Virchow's Archiv*, II, 1849).
3. Bennett and Rolleston, *Journal of Anatomy and Phys.*, XXV, 1890.
4. Bénoit, *Contribution à l'étude des périty phlites*. Paris, 1891.
5. Berry *Anatomy of the cæcum* (*Anatomischer Anzeiger*, X, 1895.)
6. *Anat. of the vermiform app.* (*Ibidem*).
7. Bogdalek, *Ueber die peritoneale Ueberzug des Milz und das Ligamentum pleuro-colicum* (*Archiv. für Anatomie u. Phys.*, 1867).
8. A. Broca, *L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque* (*Gaz. hebdomad.*, 14 sept. 1888).
9. Brœsicke, *Ueber intraabd. Hernien und Bauchfelltaschen nebst einer Damstellung der Entwick. etc.* Berlin, 1891.
10. Bryant, *The relations of the gross anatomy of the verm. appendix to same features of the clin. history of appendicitis* (*Annals of Surgery*, V).
11. Chipault, *Hernies du cæcum* (*Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1891).
12. Clado, *Sur l'appendice cæcal* (*Mém. de la Société de Biologie*, 1892).
13. Condamin, *Appendice iléo-cæcal* (*Province médicale*, 21 févr. 1891).
14. Curschmann, *Die Anomalien der Lage, Form. und Grösse des Dickdarmes* (*Deutsches Archiv für klin. Med.*, I, III, 1894).

15. Debierre, *Traité élémentaire d'Anatomie*. Paris, 1893.
16. Demon, *Développement de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif*, Thèse de Paris, 1886.
17. Dexter, *The anatomy of the peritoneum*. New-York, 1892.
18. Dunn, *Retrocæcal hernia of the appendix* (*Transact. of the path. Society*, XL, 1889).
19. Duret, *Hernies du cæcum* (*Bulletin de la Soc. anat. de Lille*, 1891).
20. Ellis, *Demonstrations of anatomy*, 1890.
21. Engel, *Einige Bemerkungen ueber Lagerverhältnisse der Baucheingeweide in gesunden Zustand* (*Wiener medic. Wochenschr.*, 1857).
22. Farabeuf, *Le système séreux; anatomie et physiologie*. Thèse d'agrégation, Paris, 1876.
23. Ferguson, *Some importants points regarding the surg. Anatomy of the verm. app.* (*Americ. Journ. of med. sc.*, CI, 1891).
24. Frankel, *Ueber die Folgen der Perforation des proc. Verm.* (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1891).
25. Frankhomme, *Hernie cæcale volumineuse dans la région crurale* (*Bulletin de la Soc. anatomo-clin. de Lille*, 1891).
26. Fromont, *Contribution à l'anatomie topograph. de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif*. Thèse de Lille, 1890.
27. Gegenbaur, *Traité d'Anatomie*, trad. Joulin. Paris, 1891.
28. Gerold, *Untersuchungen über den proc. Verm. des Menschen*. München, 1891.
29. Hartmann, *Anomalies dans la situation du cæcum* (*Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1887).
30. — *Les fossettes iléo-cæcales et la hernie de Rieux* (*Ibid.*, 1888).
31. Henle, *Eingeweidelehre*. Braunschweig, 1875.
32. Hertwig, *Entwickelungsgeschichte*, Jena, 1892.
33. Hewson, *Anatomy of the verm. app.* (*Americ. Journ. of. med. sc.*, CVI, 1893).
34. Hildebrand, *Die Lageverhältnisse des Cæcum und ihre Beziehung zur Entstehung des äusseren Cæcalbrüchen* (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, XXXIII, 1897).
35. Huntington, *Cæcum and verm. appendix* (*New York med. Reports*, 1893-1894).
36. Hyrtl, *Istituzione di Anatomia*. Napoli, 1891.
37. — *Anatomia topografica*. Napoli, 1875.
38. Jonnesco, *Organe de digestion*. in Poirier, *Traité d'Anatomie*, Paris, 1895.
39. — *Hernies internes rétropéritonéales*. Paris, 1891.
40. — et Juvara, *Anatomie du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal* (*Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1894).
41. Jonnesco, *Anatomie des ligaments de l'appendice vermiculaire, du cæcum et de la fossette iléo-app.* (*Progrès méd.*, 1894).
42. Krause, *Lehrbuch der systematischen Anatomie*, vol. II.
43. Lafforgue, *Recherches anatomiques sur l'app. verm.* (*Internat. Monatschrift für Anat. und Phys.*, 1893).
44. Langer, *Die peritoneale Taschen am Cæcum* (*Wochenbl. der Zeitschr des Gesellsch. der Arzte*. Wien, 1862).
45. Legueu, *La situation du cæcum chez l'enfant* (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1892).
46. Lémenicier, *Essai sur l'anatomie du cæcum*. Thèse de Paris, 1887.
47. Lockwood, *On abnormalities of the cæcum* (*British med. Journal*, II, 1882).
48. — *Hunterian lectures on hernia*. London, 1889.
49. — *Retroperitoneulhernia of the vermiform appendix*. (*Transact. of the Path. Soc. of London*, XLI, 1890).
50. Lockwood et Rolleston, *The fossoe around the cæcum and the position of the verm. appendix* (*Journ. of Anatomy and Phys.*, XXVI, 1891).
51. Luschka, *Ueber die peritoneale Umhüllung des Blinddarms und über die Fossa ileo-cæcalis* (*Virchow's Archiv*, XXI, 1862).
52. — *Die Lage der Bauchorgane des Menschen*. Carlsruhe, 1873.

53. Maurice, *Essai sur l'appendicite*. Thèse de Paris, 1891.
54. Manley, *The anatomical position of the caput coli, etc.*, (*Buffalo med. and surg. Journal*, XXX, 1891).
55. Mariage, *Contribution à l'étude des hernies péri-cæcales*. Thèse de Paris, 1891.
56. Mérigot, *Études sur les hernies du gros intestin*. Paris, 1887.
57. Mott, *Two anomalous vermiform appendices* (*Transact. of the Path. Society*, XL, 1889).
58. Pérignon, *Étude sur le développement du péritoine*, etc. Thèse de Paris, 1893.
59. Quains, *Anatomy, by Schæfer and Symington*, 10th édition, vol. III, part. IV, London, 1896.
60. Ransshof, *Considerations on the anatomy, phys. and path. of the cæcum* (*Journ. of the americ. med. Associat.*, 1888).
61. Ribbert, *Beiträge zur normalen and pathol. Anatomie des Wurmfortsatzes*. (*Virchow's Archiv*, CXXXII, 1893).
62. Rogie, *Note sur l'évolution de la portion intra-abdominale du tube digestif et de son mésentère* (*Bulletin de la Soc. anatomo-clinique de Lille*, 1889).
63. Rogie et Pérignon, *Étude sur l'Anatomie norm. de l'appendice iléo-cæcal* (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 1893).
64. Romiti, *Trattato di Anatomia*. Milano, 1897.
65. Rüdinger, *Anatomia topografica*. Milano, 1895.
66. Sappey, *Traité d'Anatomie*, traduct. italienne, Milan, 1885.
67. Schiefferdecker, *Beiträge zur Topographie des Darmes* (*Archiv für Anat. und Phys.* Août Abth., 1886).
68. Schott, *Beiträge zur Anatomie der fossa ileo-cæcalis* (*Wochenblatt der Zeitsch. des Gesellsch. der Arzte in Wien*, 1862).
69. Strambio, *Anatomia umana*. Milano, 1856.
70. Struthers, *On varieties of the verm. app., cæcum and ileo-colic valve in man*, (*Edinburgh med. Journ.*, 1893).
71. Talamon, *Appendicite et périlyphlite*. Paris, 1893.
72. Testut, *Trattato die Anatomia umana*. Trad. Sperino et Varaglia. Torino, 1896.
73. Tillaux, *Anatomia topografica*. Trad. Teuchini. Milano, 1893.
74. Tarenetzky, *Beiträge zur Anatomie des Darmkonals* (*Mémoires de l'Académie de Saint-Pétersbourg*, 1891).
75. Toldt, *Die Formbildung des normalen Blinddarms and die Valvula coli*. (*Sitzungsberichte der Wiener Akad.*, CIII, 1894).
76. Toldt, *Bau und Wachstumverhältniss der Gekröse der Menschl. Darmkanals* (*Denkschrift der K. Akad. der Wissenschaften zu Wien*, LXI, 1879).
77. Toldt, *Die Darmgekröse und Netze ingesetzmässig und gesetzwidrigen Zustand* (*Ibid.*).
78. Treves, *Darmobstruction and ihre Arten*. Trad. allemande de Pollak. Leipzig, 1888.
79. Treves, *Hunterian lectures on the anatomy of the intestinal cæcal and peritoneum in man*. (*British med. Journal*, 1885).
80. Tuffier, *Conformation extérieure et vaisseaux du cæcum* (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*, 1886).
81. Tuffier, *Rapports du péritoine et du cæcum* (*Ibid.*).
82. Tuffier, *Étude sur le cæcum et ses hernies* (*Arch. gén. de Méd.*, Paris, 1887).
83. Widerhofer, cité par Schott (v.).
84. Waldeyer, *Hernia retroperitonealis, etc.* (*Virchow's Archiv*, 1874).
85. Waldeyer, *Hernia retroperitonealis*. Breslau, 1868.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Du 27 juin au 18 juillet 1900.

M. Auvray. — *Occlusion intestinale aiguë par invagination; laparotomie; désinvagination; guérison.*

Rapport de M. Michaux.

Un homme de vingt-neuf ans entre à l'hôpital avec des phénomènes péritonéaux ne permettant pas un diagnostic précis, mais qui font penser à une péritonite d'origine appendiculaire. M. Auvray pratique en conséquence une laparotomie latérale droite qui le conduit sur une région appendiculaire et iléo-cæcale parfaitement saine. Refermant cette plaie et bien convaincu de l'existence d'une lésion intestinale, M. Auvray pratique une laparotomie médiane et fait un dévidement de l'intestin. Il est ainsi amené sur une masse qu'il mobilise aisément et ramène au dehors, et reconnaît qu'il s'agit d'une anse d'intestin grêle invaginée dans l'intestin grêle. Par des tractions légères il arrive à désinvaginer en partie, et, par des pressions, douces exercées de bas en haut sur l'anse invaginée, il arrive à obtenir la désinvagination complète. La paroi intestinale paraît saine, sauf à un point, que M. Auvray enfouit au fond d'une double suture; puis il nettoie la cavité abdominale et referme le ventre. Le malade, très affaibli par cette intervention, qui dura une heure et demie, fut remonté par des injections de sérum et de caféine, et guérit. Revu sept mois après, il n'avait présenté aucune récidive.

M. Auvray met en lumière les points suivants : 1° la difficulté du diagnostic et l'erreur qui consiste à prendre une occlusion aiguë pour une appendicite; 2° le fait d'une invagination chez un adulte et celui que cette invagination portait sur l'intestin grêle, sans qu'on ait pu trouver une cause quelconque pouvant expliquer ce déplacement de l'intestin; 3° la facilité de la réduction trois jours après le début des accidents; 4° l'absence de récidive au bout de sept mois.

Prenant texte de cette observation, le rapporteur, M. Michaux, rapporte trois observations personnelles :

I. Une jeune femme de vingt-trois ans est prise subitement de douleurs épigastriques très vives, qui firent penser d'abord à une colique hépatique, puis à une perforation d'ulcère gastrique. L'ouverture du ventre fait constater que l'estomac était absolument sain, mais que les accidents étaient dus à une invagination descendante du jéjunum, produite par un polype. Ce dernier, du volume d'une petite mandarine, s'opposait absolument à la réduc-

tion de l'invagination. On dut inciser l'intestin et faire l'ablation du polype; la désinvagination fut alors obtenue sans difficulté. L'incision intestinale fut suturée et la plaie abdominale laissée ouverte et tamponnée avec des mèches de gaze iodoformée. Au bout de quelques jours une fistule très large se forme; la malade dépérit progressivement et succombe au vingt-cinquième jour.

II. Une religieuse de vingt-huit ans, après quelques jours de douleurs vagues dans le ventre, voit ces douleurs augmenter et s'accompagner de vomissements alimentaires. A l'examen du ventre on trouve une sensibilité particulière dans la fosse iliaque droite et l'on pense à une appendicite. Le traitement médical n'amenant aucune détente, on pratique l'incision de la fosse iliaque droite, et l'on tombe sur une tumeur occupant le côlon ascendant, assez mobile pour être sortie facilement du ventre; il s'agissait d'une invagination iléo-colique absolument irréductible. Aussi M. Michaux se décide-t-il à faire la résection de l'invagination. Les suites furent fort simples et la malade est restée guérie depuis deux ans.

III. La troisième malade est une femme de cinquante-six ans, entrée à l'hôpital pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë remontant à cinq jours. L'existence d'une masse compacte dans la fosse iliaque gauche permit d'émettre l'hypothèse d'une invagination siégeant au niveau de la partie inférieure du côlon descendant. Ce diagnostic fut vérifié par l'opération. La portion invaginée était extrêmement serrée au niveau du collet, et sa réduction est impossible. M. Michaux incise le collet et l'anse invaginante, et la désinvagination ne réussit toujours pas. Il incise alors l'anse invaginée, qui montre alors un gros polype lobulé. On résèque ce dernier, et la désinvagination ne s'obtient toujours pas; M. Michaux tente alors l'anastomose entéro-rectale, qu'il dut abandonner. Pressé de finir ensuite l'opération, il fait un anus contre nature. La malade succombe au cinquième jour.

A l'occasion de ces différents faits, M. Michaux a réuni les observations du même genre publiées dans ces dernières années. Il arrive à cette conclusion que l'invagination n'est pas aussi rare chez l'adulte qu'on le pense généralement.

Il estime à 55 0/0 les cas observés au-dessous de dix ans et 45 0/0 ceux qui atteignent les personnes plus âgées. L'invagination offre chez l'adulte beaucoup plus rarement que chez l'enfant la forme suraiguë; elle est très souvent produite par un polype de l'intestin, ce qui est rare chez l'enfant. Enfin M. Michaux insiste sur les difficultés de diagnostic et sur les erreurs commises. En ce qui concerne la thérapeutique, M. Michaux ne conseille pas les moyens médicaux et n'admet que le traitement chirurgical. Si on laisse de côté l'anus contre nature et la désinvagination par laparotomie, qui ne doivent être pratiqués que dans certaines conditions, la question se fixe entre la résection de toute l'invagination ou la résection seule du boudin invaginé après incision du cylindre invaginant. La première constitue l'opération radicale, mais est encore extrêmement grave. Aussi M. Michaux reste-t-il encore partisan de la seconde.

M. Reclus rapporte l'observation d'un malade déjà laparotomisé deux fois,

qui entra moribond à l'hôpital. M. Faure, appelé, trouve une invagination produite par un polype; il résèque 87 centimètres d'intestin grêle, et le malade guérit. Au bout de quelque temps il revient avec des accidents à allure chronique : on fait la laparotomie et on trouve l'intestin agglutiné en gâteau. On enlève encore 40 à 50 centimètres d'intestin : mais la suture est difficile. Au bout de quelques jours il se fait une perforation, on doit faire une nouvelle opération et pratiquer la suture par anastomose latérale. Le malade succomba.

M. Broca rapporte deux observations d'invagination traitée par la désinvagination et dans lesquelles de nouveaux phénomènes d'occlusion se produisirent ultérieurement par le fait des coudures de l'intestin.

M. Cahier. — *Hernie inguinale congénitale étranglée d'emblée, hydrocèle volumineux, kélotomie et cure radicale.*

Un jeune officier de vingt-quatre ans ressent subitement, en montant à cheval, une douleur vive dans l'aine droite. Une demi-heure après il s'aperçoit de l'existence d'une tumeur dans le scrotum, puis surviennent quelques heures après des vomissements et une absence de passage de gaz par l'anus.

Tout en n'excluant pas la possibilité d'une hernie étranglée, on penche plutôt vers l'existence d'une hydro-hématocèle traumatique avec retentissement péritonéal réflexe. L'état général étant parfait, on diffère toute espèce d'intervention. Cependant, le lendemain, les accidents persistaient avec la même intensité. Alors M. Cahier se décide à ponctionner la tumeur scrotale; il en retire 150 grammes de liquide rosé et peut constater la présence du testicule à sa place normale et une seconde tumeur se prolongeant dans le canal inguinal, douloureuse à la pression, surtout au niveau de son pédicule, rénitente, non fluctuante et sans transparence. L'existence d'une hernie étranglée n'était plus douteuse, et l'opération fut aussitôt pratiquée. Il s'agissait bien d'une entérocèle étranglée dans un canal préformé. Les parois de l'anse étranglée étant intactes, on put faire la cure radicale, et le malade guérit sans incidents.

M. Cahier fait ressortir la rareté des faits de ce genre où apparaissent simultanément une hernie qui s'étrangle en se produisant, et une hydrocèle volumineuse du même côté.

Sur l'asepie opératoire Suite de la discussion.

M. Broca est de ceux qui pensent que pour faire de la chirurgie aseptique il n'est besoin ni de gants, ni de masques.

Les gants de fil, dont M. Tuffier est le seul partisan, pour être utiles, doivent être changés toutes les cinq minutes; les gants de caoutchouc peuvent avoir leur raison d'être en théorie. En pratique il sont inutiles, car on obtient des résultats aussi parfaits sans gants, à la condition d'opérer vite et de se rincer très souvent les mains pendant l'opération. Quand à établir une règle fixe sur la façon dont il faut se laver les mains, M. Broca

ne croit pas que cela soit possible, parce que la réaction des épidermes vis-à-vis des divers antiseptiques est tout à fait individuelle.

M. Schwartz a fait, avec M. Marmorek, un certain nombre d'expériences pour montrer ce que l'on peut obtenir par la désinfection des mains. Le résultat qu'ils ont obtenu, c'est qu'avec les méthodes actuellement connues il est impossible d'obtenir et de conserver pendant l'opération la stérilité des mains. M. Schwartz a l'habitude pendant tout le temps que dure une opération, de tremper souvent ses mains dans une solution de sublimé à 1/1000. Or M. Marmorek a nettement constaté, en examinant les cultures du commencement, du milieu et de la fin d'une opération, que l'asepsie des mains augmentait à mesure qu'on se rapprochait de la fin de l'opération. — En ce qui concerne le gant de caoutchouc, M. Schwartz n'y est pas opposé; mais il trouve que la sécurité qu'il peut donner ne balance pas l'affaiblissement du sens du toucher, la gêne dans les mouvements délicats des doigts qu'il amène. Aussi ne se gante-t-il pas pour les opérations aseptiques un peu délicates. Par contre, l'usage des gants lui paraît absolument indiqué dans tous les cas où ils ne nuisent pas aux qualités essentielles de l'opérateur et surtout toutes les fois qu'il s'agit d'une opération septique.

M. Lejars résume sa pratique, au sujet des gants, dans la formule suivante : il fait avec des gants les opérations septiques pour pouvoir faire sans gants les opérations aseptiques. Passant en revue les résultats de sa pratique hospitalière, M. Lejars montre, par les statistiques, que la mortalité opératoire est restée à peu près la même, ce qui démontre que, même avant l'emploi des gants dont il n'use que depuis deux ans, il arrivait à stériliser suffisamment ses mains pour pratiquer en toute conscience les opérations de tout genre. On estime néanmoins que les progrès dans la façon dont il pratique l'asepsie ont été incessants et il en trouve la preuve, non dans la mortalité opératoire, mais dans la façon dont ses opérés ont guéri. A mesure que les précautions sont devenues plus rigoureuses, et parmi elles il range l'emploi de gants pour les opérations septiques, ses opérés ont guéri plus simplement. Il a eu moins de ces malaises des premiers jours qu'on attribuait autrefois au choc opératoire; les cicatrices ont été meilleures, et il a pu restreindre beaucoup le drainage après les laparotomies.

M. Reclus tient seulement à faire remarquer un détail sur lequel les précédents orateurs ont tous passé. C'est que dans l'infection et la désinfection des mains, le temps joue un très grand rôle. La désinfection des mains sera d'autant plus difficile et nécessitera des efforts d'autant plus prolongés que l'infection aura été longue et qu'on aura recours plus tardivement à la désinfection.

M. Guinard se gardera bien de critiquer les précautions très sévères que prend M. Quénu; au contraire il les approuve complètement et s'efforce comme lui d'obtenir, autant qu'il lui est possible, une asepsie idéale. Malheureusement cela est impossible. S'il est possible de se désinfecter les mains lorsqu'elles ne sont pas septiques, il est dangereux d'affirmer qu'il est parfaitement possible d'aseptiser les mains préalablemeut infec-

tées. Quant à lui, il emploie toujours des gants de caoutchouc dans les opérations septiques, tant il craint de ne pouvoir les aseptiser s'il agissait autrement. En ce qui concerne les procédés de désinfection des mains, M. Guinard les croit tous également bons, puisqu'ils ont tous donné de bons résultats; à chaque chirurgien de choisir celui qui lui convient le mieux et que son épiderme supportera le mieux. Celui auquel il a lui-même recours est le suivant. Après nettoyage soigné ses ongles, il fait un savonnage complet à l'eau courante, puis il passe ses mains à l'alcool et au sublimé; le temps principal consiste dans le savonnage et le décapage à l'alcool. La peau du malade est soumise au même traitement, les instruments, préalablement stérilisés, sont toujours plongés dans l'eau bouillie pour rester à l'abri des poussières qui flottent en l'air. Grâce à ces précautions, jointes à celle de se laver très souvent les mains au cours de l'opération, M. Guinard a des résultats qui ne le cèdent en rien aux meilleurs qui ont été apportés. Il ajoute que dans sa vie ordinaire comme dans sa vie professionnelle, il a le plus grand soin de préserver ses mains de toute souillure, en portant constamment des gants et en évitant tout contact et toute occupation incompatibles avec ce que l'on considère aujourd'hui comme la propreté chirurgicale.

M. Delbet communique les résultats de nouvelles expériences qu'il a entreprises. Quatre expériences ont été faites sur la peau des malades au moment où on allait les opérer. Une seule fois, alors que M. Delbet n'avait pas surveillé lui-même le lavage, les ensemencements ont donné des cultures : dans les trois autres cas les tubes sont demeurés stériles. Il n'est pas impossible de rendre la peau aseptique.

En ce qui concerne la désinfection des mains, après s'être infecté avec des cultures virulentes et lavé pendant six minutes, il a enveloppé ses mains avec des compresses aseptiques épaisses durant vingt minutes, de façon à provoquer une sudation locale abondante. Malgré cela les ensemencements faits avec les produits du grattage à l'épiderme sont restés stériles. Ce n'est donc pas la peau qui est le point de départ de la septicité des mains constatée à la fin des opérations; ce sont certainement les microbes des poussières de l'air qui viennent contaminer le chirurgien au cours de l'acte opératoire.

M. Lucas-Championnière est de l'avis de ceux qui estiment que la désinfection des mains, si elle est difficile, n'est pas impossible. Elle est difficile pour ceux qui pratiquent l'asepsie pure; quand à lui, il est resté fidèle à l'antisepsie. Il se savonne et se brosse les mains dans une grande quantité d'eau de savon stagnante, de façon à en faire une véritable lessive, puis il les passe, non pas dans le sublimé qui n'imprègne pas suffisamment l'épiderme et qui est par conséquent un mauvais antiseptique, mais dans une solution d'acide phénique à 1 pour 40, ou même à 1 pour 20. Il évite avec grand soin tout ce qui peut amener des écorchures de ses mains, car là est le danger d'infection pour les opérés. Quand il constate la moindre solution de continuité de son épiderme, il met un doigtier. Grâce à ces simples précautions, grâce à la préparation antiseptique de ses malades, de ses

instruments et de ses catguts, dont il se sert exclusivement comme matériel à sutures, il a toujours obtenu des résultats parfaits. Sur plus de mille cures radicales de hernies, il n'a eu qu'une seule mort opératoire chez une malade, opérée le lendemain du jour où il avait curetté une autre malade pour un tétanos puerpéral. Sur 107 résections du genou, non seulement il n'a jamais eu une mort opératoire, mais encore il n'a jamais eu une seule suppuration secondaire. En somme, M. Lucas-Championnière estime que l'asepsie n'est pas en progrès et s'en tient plus que jamais à l'antisepsie.

M. Quénu. *Maladie polykystique du sein.*

M. Quénu, partant de la conception qu'il a de la maladie kystique, qu'il considère comme d'origine inflammatoire, débutant à la surface du revêtement épithélial et gagnant le tissu conjonctif péri-acineux, a eu recours récemment à une opération conservatrice. Par une incision courbe supra-interne, il disséque la glande et la renverse, la tranche par une section complète; puis il larde la surface de section, de même que la face profonde de la mamelle avec la plus fine pointe du thermocautère. Cette cautérisation achevée, il réunit par du catgut les deux tranches de section de la glande et fait une réunion superficielle également complète. La réunion est obtenue par première intention. M. Quénu considère cette opération comme rationnelle et applicable à tous les cas de cette affection.

M. Delbet est d'accord avec M. Quénu sur l'orientation du traitement de la maladie kystique vers un traitement conservateur. Il préférerait dans tous les cas une incision inférieure.

M. Reclus pense que cette intervention sera rarement nécessaire. Il a pu suivre un certain nombre de cas et n'a jamais vu les kystes devenir assez gros pour déformer la mamelle autant que le ferait une cicatrice.

M. Tuffier est également partisan de la non intervention; mais l'affection doit être surveillée, car dans deux cas il a dû intervenir ultérieurement parce que l'affection était devenue cancéreuse.

M. Walther n'opère pas non plus les maladies kystiques du sein, sauf indication spéciale. Parmi celle-ci il faut ranger les phénomènes douloureux qui accompagnent parfois l'affection.

M. Nélaton a vu à plusieurs reprises, des maladies kystiques devenir cancéreuses.

M. Reynier pense aussi qu'il faut se défier des maladies kystiques et de leur évolution ultérieure vers la malignité. Étant donné la bénignité de leur ablation, il préfère les enlever.

M. Segond rapporte deux faits, l'un de maladie kystique devenue cancéreuse, le second de maladie kystique traitée par l'ablation d'un gros kyste et l'évacuation par ponction d'un grand nombre de petits kystes.

M. Dupraz (de Genève). — *Sur un nouveau procédé d'extirpation des hémorrhoïdes.*

Rapport de M. Potherat.

Voici le procédé employé par M. Dupraz. Après désinfection préalable de l'intestin par les lavages et une complète évacuation, anesthésie par l'éther;

puis dilatation forcée de l'anus avec les doigts. Par une incision extérieure, suivie d'un décollement sous-muqueux très exact, l'opérateur libère le muqueuse anale, comme dans le procédé de Whitehead. On a grand soin, chemin faisant, de pincer d'abord et de lier au catgut fin chaque vaisseau qui donne. On arrive ainsi au-dessus de la région hémorrhoïdaire à la muqueuse saine. Celle-ci est alors coupée transversalement et fixée sommairement à la peau par des points de catgut passés et liés au fur et à mesure que se fait par à-coups la section transversale du manchon muqueux. Pour réaliser l'accolement des surfaces avivées, il a recours à un procédé d'effrontement dû à M. Girard (de Berne), et qui consiste à fixer par des fils une série de petits drains sur la peau et sur la muqueuse, appliquant exactement ces dernières l'une contre l'autre. On achève la réunion des lèvres muqueuse et cutanée par une suture au catgut et à points séparés.

Par ce procédé, M. Dupraz obvie aux inconvénients du procédé de Whitehead auquel est reproché : 1° l'hémorrhagie au cours des opérations; 2° la section du sphincter anal et l'incontinence qui en résulte; 3° le danger d'infection de la plaie; 4° le sphacèle des tissus; 5° la rétention au niveau de la plaie opératoire; 6° le rétrécissement cicatriciel consécutif de la filière anale.

M. Potherat. — *Sur une forme insolite de tuberculose du genou.*

En décembre 1899, M. Potherat voit une femme de trente-sept ans, qui souffrait du genou droit depuis un an. D'abord peu intenses, quoique permanentes, ces douleurs s'accroissent davantage, au point d'empêcher le malade de se tenir debout. En même temps apparurent du gonflement du genou et une tuméfaction sur son côté externe. M. Potherat constate l'existence d'une hydarthrose volumineuse et, sur le côté externe du cul-de-sac tricipital, une tumeur du volume d'une mandarine, de consistance homogène et dure, déplaçable dans le sens vertical. Il apprit de la malade qu'elle avait eu trois ans auparavant une toux sèche ayant duré deux ans, pour disparaître ensuite complètement. Le diagnostic posé fut corps étrangers articulaires, et l'arthrotomie, acceptée par la malade, fut pratiquée. On fit une large incision sur la partie saillante de la tuméfaction; il s'écoula une sérosité abondante d'aspect louche. L'examen de la synoviale et des surfaces articulaires montra que ces derniers avaient leur apparence normale. La tumeur était aplatie, et siégeait sur le feuillet profond du cul-de-sac sous-tricipital; elle était confondue avec la synoviale dont elle représentait un épaississement. Il y avait, à côté de cette tumeur, deux plus petites cachées sous le tendon du triceps. M. Potherat fait l'extirpation de ces tumeurs, suture la synoviale et ferme la plaie. Les suites opératoires furent simples et la malade guérit avec un fonctionnement régulier et parfait du genou. L'intérêt de cette observation, c'est que l'examen histologique révéla qu'il s'agissait de tuberculose.

M. Véron. — *Deux cas d'appendicite.*

M. Damas (de Valence). — *Un cas d'appendicite.*

Rapport de M. Kirmisson.

I. Dans la première observation de M. Véron, il s'agit d'un cavalier qui fut pris de tous les symptômes de l'appendicite aiguë. Il fut opéré cinquante heures après le début des accidents, et l'on trouva, par l'incision sur le bord externe du muscle droit, un abcès situé en avant du caecum. L'appendice fut cherché dans cet abcès, mais ne fut pas trouvé; on bourre avec le gaze iodoformée. Mort le troisième jour. A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée et un appendice sphacélé, situé en arrière du caecum.

M. Kirmisson se demande si, dans ce cas, l'incision de Roux n'eût pas été préférable; il est partisan de cette incision pour la majorité des cas. Il insiste sur la nécessité de réséquer l'épiploon adhérent, afin de se donner large jour pour la recherche de l'appendice dont la résection doit être poursuivie aussi loin que possible. Il s'insurge contre l'emploi du drainage à la gaze iodoformée, qu'il trouve mauvais et auquel il préfère l'usage de deux gros drains.

II. Dans la seconde observation de M. Véron, il s'agit d'un canonnier qui, dans l'espace de deux ans, présente quatre crises d'appendicite. Il fut opéré à froid, et au cours de l'opération on trouve une nappe épiploïque masquant le cæcum; on le réséqua, ce qui permit de trouver l'appendice en arrière du cæcum. Il était réduit à un cordon fibreux et il était englobé dans une gangue fibreuse dont on dut renoncer à le dégager. Néanmoins le malade fut débarrassé de toutes les douleurs qu'il avait présentées avant l'opération; le cas démontre donc nettement le rôle de l'épiploon et des adhérences épiploïques dans les douleurs consécutives aux appendicites.

III. Dans l'observation de M. Damas, il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, pris brusquement de fièvre vive avec douleurs dans la fosse iliaque droite. On fit pendant plusieurs jours le traitement médical par la glace et l'opium; mais la température remontant au bout de quelques jours et les douleurs devenant plus vives, on fit une incision évacuatrice d'un abcès, suivie de drainage. Le malade guérit, mais conserva une fistule, pour laquelle une nouvelle intervention fut pratiquée. On trouva un épiploon épaissi et sur une perforation du caecum d'où partait la fistule. On fit la suture de cette perforation, on réséqua l'appendice, et le malade guérit.

M. Kirmisson appelle, à cette occasion, l'attention sur une complication de l'appendicite qu'il a observée récemment. Il s'agit d'un enfant mort subitement d'hématémèse foudroyante, quelques jours après l'opération.

M. Delbet rapporte un cas semblable d'hématémèse mortelle après opération d'appendicite.

M. Broca a observé des accidents hémorrhagiques du même genre.

M. Routier. — *Observation d'anévrysme iliaque rompu et traité par l'incision.*

Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, atteint d'un anévrysme

iliaque d'abord méconnu et chez lequel M. Routier fit préalablement la ligature de l'iliaque externe par laparotomie, puis incisa largement sur la tumeur. Celle-ci se trouvait précédée d'une masse ganglionnaire énorme et dure, dont on fit la résection. Arrivé sur la paroi du sac, M. Routier trouve celle-ci rompue et, après avoir enlevé quelques caillots, il remarque que du sang rouge sort en abondance. Comprimant pour un instant, il pratique la ligature de la fémorale aussi haut que possible. Cela ne suffit que pour arrêter l'hémorrhagie. Inspectant alors le tout, il peut découvrir et pincer trois points d'où se fait l'hémorrhagie, qui alors s'arrête. Il peut se rendre compte alors que la paroi du sac adhère tellement aux parties veineuses qu'il faut renoncer à en faire l'extirpation. Il laisse en place les pinces placées sur les vaisseaux, fait un tamponnement et ferme la plaie. Les suites opératoires furent simples d'abord; mais au 9e jour, le malade fut pris de trismus et succomba en moins de douze heures.

M. Routier se demande s'il s'agissait de tétanos. Il n'avait pas depuis plus de dix ans vu de cas de tétanos et depuis lors il n'a pas eu de nouveau cas.

M. Thiéry présente un cas d'*actinomycose temporo-maxillaire.*

M. Gérard-Marchant présente un malade atteint d'*anévrysme diffus consécutif à une plaie de l'axillaire sur la clavicule et traité par la ligature de l'artère dans le foyer.*

M. Chevassu présente un malade chez lequel il a pratiqué une *amputation sus-malléolaire* par le procédé de Guyon.

M. Walther présente une *tumeur de la face antérieure du sacrum.*

M. Schwartz présente une pièce de *tumeur épithéliale développée en arrière du rectum dans la concavité du sacrum.*

M. Albarran présente deux *reins tuberculeux enlevés par néphrectomie.*

M. Lejars présente un malade opéré il y a neuf ans de *recto-coccypexie.*

M. Mignon présente un malade opéré d'une *ectopie testiculaire inguinale droite.*

M. Michaux présente une pièce *d'extirpation d'un anévrysme poplité.*

M. Reclus présente un garçon chez lequel il a traité une rétraction cicatricielle des doigts par la méthode de la *greffe italienne.*

M. Gérard-Marchant présente un malade chez lequel il a *réséqué* il y a deux ans, *les ganglions de Gasser.*

M. Quenu présente une malade chez laquelle il a pratiqué l'*extirpation d'une tumeur de l'orbite par résection temporaire de la paroi externe de l'orbite.*

M. Monod présente un malade opéré de *gastrostomie.*

M. Schwartz présente un malade opéré d'un *enchondrome kystique de l'omoplate.*

M. Brun présente deux enfants atteints de *luxation congénitale de la hanche et traités par la réduction non sanglante.*

M. Bazy présente un *rein néphrotomisé antérieurement et extirpé secondairement.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON.

Séance du 7 juin 1900. — Présidence de M. Fochier.

Paralysie du trijumeau et du facial inférieur. — Kératite neuro-paralytique.

M. Gayet présente un malade de son service, dont l'histoire se résume ainsi : première attaque d'otite suppurée du côté droit il y a deux ans; deuxième attaque il y a trois mois; depuis cette dernière atteinte s'est développée une paralysie simultanée du trijumeau et du facial inférieur à droite. Il y a insensibilité de la peau et des muqueuses innervées par le trijumeau, parésie des muscles masticateurs de ce côté, kératite neuro-paralytique. Du côté du facial, paralysie de tous les muscles de la face à droite, sauf de l'orbiculaire qui n'a qu'une parésie légère; déviation de la luette et de la langue du côté opposé.

L'intérêt de ce cas réside dans la pathogénie; au premier abord on rattacherait volontiers les troubles à la suppuration de la caisse et à la propagation de l'inflammation aux nerfs voisins; mais pourquoi la paralysie est-elle limitée au facial inférieur?

M. Vincent a eu l'occasion d'observer un cas semblable de paralysie du facial et du trijumeau à la suite d'une otite suppurée. Il communiquera cette observation.

Varices orbitaires.

M. Ruotte rapporte l'histoire d'un jardinier de vingt-neuf ans, qui présente depuis six mois de l'exophtalmie intermittente; chaque fois qu'il baisse la tête, l'œil est projeté en avant, le sillon qui sépare le globe du rebord orbitaire disparaît complètement; tout autour de l'œil se voit une tuméfaction bleuâtre, mollasse.

La compression de la veine jugulaire produit un résultat un peu analogue. A l'ophtalmoscope, veines un peu grosses. Il s'agit évidemment de varices orbitaires; la profession de jardinier a peut-être joué un rôle étiologique. Si la lésion avait une marche progressive, on pourrait proposer au malade la résection veineuse.

M. Gayet a observé plusieurs cas de ce genre; il est de l'avis de l'orateur, de ne pas se presser d'opérer dans le cas particulier.

Chez un homme qui avait fait une chute sur la tête avec fracture de la

base, il s'était développé dans le fond de l'œil des varicosités énormes, très visibles à l'ophtalmoscope; malgré cela, la vision n'était pas notablement troublée.

Anesthésie par le chlorure d'éthyle.

M. Gayet à propos du procès-verbal, dit qu'il a employé le chlorure d'éthyle. Le premier malade pour lequel il l'a utilisé a eu une asphyxie bleue qui lui a donné quelques inquiétudes; les autres (au nombre de quatre) ont eu des anesthésies difficiles. On ne peut rien conclure de cinq cas; tout ce qu'on peut dire c'est que jusqu'à présent les résultats que M. Gayet a obtenus de ce procédé ne sont pas bons.

M. Vallas a commencé depuis quelques jours à utiliser le chlorure d'éthyle; il a pu observer que par ce moyen on peut obtenir de rapides anesthésies pour les opérations qui ne demandent que quelques minutes, et c'est un avantage appréciable sur l'éther. Dans les anesthésies mixtes, on supprime la phase de l'excitation initiale. Il est donc satisfait de ces premiers résultats.

Il a eu l'occasion même d'opérer un empyème avec cet anesthésique; il a eu une asphyxie assez marquée, mais dont on a vite été maître et qui n'avait rien d'inquiétant.

Séance du 14 juin 1900. — Présidence de M. Fochier.

Discussion sur les paralysies consécutives aux otites.

M. Vincent a soigné un homme âgé, ayant comme antécédents de l'eczéma, des troubles laryngés et gastriques. Au cours d'une saison à Vichy, il eut un ictus apoplectique à la suite duquel il présenta les signes d'une hémiplégie droite pour les membres et le tronc, gauche pour la face, l'oculomoteur externe et les muscles du larynx. Ce malade avait une otite suppurée avec gonflement péri-auriculaire qui fut considérée comme la cause première des accidents. Ultérieurement, il présenta des troubles trophiques de l'œil gauche, dépoli et ulcération de la cornée, abcès et fonte de l'œil, qui est actuellement complètement perdu.

Tumeur de la base du crâne.

M. Vincent présente un malade qui était porteur d'un fibrome de la base du crâne faisant saillie dans la fosse zygomatique et l'antre d'Highmore, sans connexion avec les fosses nasales; le nerf optique droit était comprimé, La tumeur fut abordée par une résection partielle du maxillaire supérieur et enlevée. Il y eut une très forte hémorragie arrêtée par le tamponnement et qui fit penser à l'ouverture des sinus caverneux. Le malade guérit. Histologiquement, il s'agit d'un fibrome très vasculaire.

M. Ollier a observé plusieurs cas analogues à celui de M. Vincent; il a eu, au cours de ses opérations, des hémorragies très violentes; il s'en est toujours rendu maître par le tamponnement. Il n'est pas besoin, pour que ces hémorragies se produisent, d'ouvrir de gros troncs comme le sinus caverneux; au moindre contact, ces polypes saignent.

L'origine habituelle de ces tumeurs est l'apophyse basilaire, mais il y a un grand nombre d'exceptions. Mais quelle que soit l'implantation, la voie la plus directe et la plus commode est toujours, aux yeux de l'orateur, la voie directe par ostéotomie verticale et abaissement du nez; en cas d'hémorragie, on a la source du sang sous les yeux.

M. Gayet dit que l'exorbitisme indique habituellement une tumeur de voisinage, et que suivant sa structure, en haut, en bas, etc., on peut diagnostiquer le point de départ. Quant aux troubles de la vue, ils tiennent moins à l'écrasement direct du nerf par le néoplasme qu'aux troubles de circulation; lorsqu'on supprime la cause de compression, il est en général trop tard et le nerf trop désorganisé pour pouvoir reprendre ses fonctions.

M. Battut présente un jeune soldat atteint de synovite crépitante de la bourse séreuse du sous-scapulaire.

Fracture de l'astragale et fracture en coin du tibia.

M. Destot présente les radiographies et rapporte l'observation d'un cavalier qui, projeté par un saut violent de son cheval, fit un véritable saut périlleux et retomba sur ses deux pieds. Il ne put se relever et fut transporté à l'hôpital, où il fut immobilisé pendant trois mois; au bout de ce temps il ne put encore marcher. La radiographie montre une fracture de l'astragale et une fracture en coin de la partie postérieure du tibia.

M. Vallas. D'après Tillaux, dans la fracture bimalléolaire, la production du troisième fragment tibial est due à l'arrachement. Les faits qu'il a observés avec M. Destot semblent indiquer qu'un autre mécanisme peut intervenir : la pression directe de l'astragale sur le tibia qui éclate.

M. Rochet, dans ses recherches expérimentales sur les luxations de l'astragale, a obtenu des fractures en coin du tibia en exerçant des violences suivant l'axe de la jambe; ce mécanisme est bien semblable à celui qui a dû entrer en jeu dans le cas de M. Destot.

Séance du 21 juin 1900. — Présidence de M. Fochier.

Pylorectomie pour néoplasme.

M. A. Pollosson présente une jeune femme de vingt et un ans sur laquelle il a pratiqué une pylorectomie pour néoplasme de l'estomac. La tumeur, qui était voisine du pylore, a la structure d'un épithélioma. Il y avait dans le petit épiploon trois ganglions, qui ont été enlevés.

A noter le jeune âge de la malade, qui a déjà eu deux grossesses. Il y a peu de temps l'orateur a montré une femme à peu près du même âge, ayant eu déjà quatre grossesses et qui avait un cancer de l'utérus; n'y aurait-il pas une relation à établir entre ces grossesses répétées et le cancer des jeunes femmes?

Une récidive est probable. Mais, d'après Mathieu, il est rare que ces malades soient encore en vie plus de trois mois après l'établissement du diagnostic. Cette malade a donc déjà retiré un certain bénéfice de l'intervention.

Ulcérations du cæcum.

M. Vincent rapporte l'observation d'un enfant qui présentait une ulcération du gros intestin vers le cæcum. Cette ulcération avait provoqué une péritonite enkystée. A la suite de l'opération, l'enfant mourut sans vomissements, avec de l'hypothermie. L'appendice était un peu tuméfié, mais sain.

Ce fait mérite d'être rapproché des observations de MM. Ollier et Nové-Josserand, tendant à montrer que des péritonites enkystées ou généralisées peuvent être dues à des ulcérations intestinales non appendiculaires, dont la nature est discutable, mais se rattache peut-être à la tuberculose.

M. Vallas a trouvé dans un cas semblable les lésions suivantes : d'abord un appendice enflammé, puis sur le cæcum une plaque de sphacèle avec perforation. Il s'agissait bien là d'une double atteinte d'une infection ayant frappé simultanément le cæcum et l'appendice. Cette infection n'est pas forcément tuberculeuse; dans les cas où elle a une marche rapide, la tuberculose ne se localise pas ainsi, elle frappe d'habitude une plus grande étendue du tube digestif et du péritoine.

Dans le cas de M. Vincent, la mort paraît due à la péritonite suraiguë dans laquelle on peut voir manquer les vomissements et les signes habituels de la péritonite.

M. A. Pollosson fait remarquer que sur le dessin présenté par M. Vincent l'appendice paraît anormal, renflé à son extrémité.

M. Vincent a fait pratiquer l'examen histologique de l'appendice, qui a prouvé son intégrité.

M. A. Pollosson rapporte l'observation d'un homme de soixante-cinq ans qui fut pris de symptômes assez bénins d'appendicite avec plastron inflammatoire. Au bout de dix jours l'état était satisfaisant, quand vers le dixième jour il y eut un malaise soudain et brusque évacuation par l'anus d'un litre de sang environ. Le malade se remit de son hémorragie, qu'on peut attribuer à des ulcérations cæcales.

M. Vincent sait bien que la péritonite peut se produire avec des caractères très insidieux, et la mort de son malade reconnaît peut-être cette cause. Quant à la pathogénie de l'ulcération, l'intégrité de l'appendice lui paraît suffire à prouver qu'il y a des ulcérations du cæcum qui sont indépendantes de toute inflammation appendiculaire.

Radiographies d'anciens opérés de tarsoclasie pour pied bot.

M. Vincent présente les radiographies de ses anciens opérés. Elles justifient pleinement sa méthode, qui a été parfois qualifiée de brutale et de barbare. L'état fonctionnel de ces malades dont l'opération remonte à cinq, sept, dix et onze ans est bon. Les radiographies montrent que dans presque tous les cas il a produit des fractures et des subluxations portant sur l'astragale et les os du tarse. Ces observations seront publiées *in extenso*.

Séance du 28 juin 1900. — Présidence de M. Fochier.

Clou en fer de 53 millimètres de longueur, retiré des bronches intra-pulmonaires par l'électro-aimant et la trachéotomie.

M. Goulliod a eu à soigner avec M. Garel un enfant de vingt mois qui portait ce corps étranger dans les voies respiratoires depuis deux mois. Il pratiqua la trachéotomie et M. Garel introduisant l'extrémité affilée d'un puissant électro-aimant, on vit le clou se précipiter immédiatement sur l'instrument. Il siégeait, comme l'a montré la radiographie, dans les premières bronches du côté droit.

Luxation iliaque de la hanche datant de quatre mois; réduction sous anesthésie.

M. Goulliod présente une malade qui était atteinte depuis quatre mois d'une luxation coxo-fémorale droite non réduite. Il fit sous anesthésie des manœuvres peu violentes de flexion et d'abduction. Après quelques efforts inutiles, on parvint à réintégrer la tête dans le cotyle, en utilisant surtout la manœuvre d'abduction forcée de Lorenz. Après trois semaines d'immobilisation dans une gouttière Bonnet, on constata que la luxation s'était reproduite. Nouvelle réduction suivie d'immobilisation plus soigneuse et plus prolongée. Actuellement la tête parait à sa place normale, la marche se fait assez bien.

M. Ollier. Le pronostic des luxations de la hanche a été un peu assombri par les auteurs. On peut les réduire plusieurs semaines et même plusieurs mois après leur production, comme l'orateur l'a fait chez une jeune femme atteinte de luxation ischiatique depuis huit mois. En dehors même d'une réduction parfaite, la méthode des mouvements forcés peut replacer la tête dans une position suffisamment voisine de sa cavité pour permettre une marche très suffisante; le résultat fonctionnel ainsi obtenu est bien supérieur à celui que donnerait la résection de la tête fémorale.

M. Vallas est également très opposé aux opérations sanglantes pour luxation ancienne de la hanche. Il est en pareil cas extrêmement difficile de faire une opération aseptique; en effet, on est obligé de faire des manœuvres de réduction en saisissant le membre, et l'asepsie est ainsi compromise. Dans un cas, chez un homme âgé de soixante-sept ans, M. Vallas essaya de réduire par des manœuvres de force; à un moment il perçut un craquement et le membre étant en bonne position, on reporta le malade dans son lit. Ce n'est que quelques jours après qu'on reconnut une fracture du col. Le malade put marcher avec une béquille, et prendre appui sur son membre; en somme, sa situation était nettement améliorée.

M. Durand rapporte un cas de luxation ancienne de la hanche qu'il a tenté de réduire par des manœuvres de force. Il ne put obtenir la réduction complète, et malgré cela le malade marcha très bien; la luxation, d'ovalaire, était devenue iliaque.

Dans un second cas, le résultat de la transposition de luxation ovalaire ancienne en luxation iliaque fut très satisfaisant.

M. Ollier insiste sur l'utilité des mouvements forcés pour rompre les adhérences, allonger les muscles et améliorer la position de la tête; on peut joindre avec utilité à ces manœuvres les bains, les tractions continues et le massage, et ne recourir aux opérations sanglantes qu'en cas de compressions nerveuses ou vasculaires.

Réduction de la rétroversion avec adhérences.

M. Fochier a traité une jeune dame qui avait eu un avortement il y a trois ans et avait subi depuis divers traitements pour rétroversion avec adhérences. On lui avait fait du massage, des séances de columnisation. En l'examinant, l'orateur reconnut que la réduction de la rétroversion utérine était possible sans que le vagin suivît cette réduction.

A l'opération par laparotomie, on reconnut la symphyse du péritoine du Douglas avec celui de la face postérieure de l'utérus. Le massage avait produit une mobilisation avec relâchement du tissu sous-péritonéal qui avait permis ce semblant de réduction. L'opération consista en libération des adhérences, réfection du cul-de-sac de Douglas et ablation des annexes gauches qui étaient enflammées.

Cette observation rend suspects les résultats satisfaisants qu'a paru donner le massage; dans ce cas il eût été bien impuissant à refaire le Douglas et à détruire la symphyse existante. Ce qui peut donner des améliorations, c'est l'étirement de ces adhérences, la diminution des phénomènes névralgiques; mais au point de vue anatomique il faut se méfier de ces apparences de réduction dans lesquelles on a simplement créé de l'étirement du tissu utérin de la face postérieure, de la distension du cul-de-sac postérieur en forme de voûte ogivale. La rétroversion n'est pas guérie en pareil cas; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle a cessé d'être douloureuse.

M. Ollier est aussi d'avis que le massage est incapable de supprimer les brides anciennes.

M. Goullioud croit que la vraie cause des douleurs n'est pas dans la déviation de l'utérus lui-même, mais dans celle des annexes et dans leurs adhérences. Il croit aussi que le massage est incapable de supprimer cette cause de douleurs. Il peut cependant améliorer l'état des malades.

ÉLECTIONS.

MM. Claudot et Martel sont élus membres titulaires.

M. Severeanu (de Bucharest) est nommé membre correspondant.

Séance du 5 juillet 1900. — Présidence de M. Fochier.

Cancer du sein traité par la quinine.

M. Jaboulay présente une malade qui, à la suite d'un traumatisme, a vu se développer une tumeur dans son sein gauche; depuis dix mois la peau était adhérente, envahie, et présentait au début de juin un aspect rouge, vernissé, faisant craindre une ulcération. Cette malade a été soumise depuis le début du mois de juin aux injections de quinine.

Aujourd'hui la tumeur a diminué d'au moins le tiers de son volume; la peau s'est libérée et plissée; les ganglions axillaires et sus-claviculaires qui étaient engorgés ont disparu.

M. Fochier fait remarquer que le siège de la néoplasie à la périphérie du sein est exceptionnel pour une tumeur mammaire et que, d'après l'aspect, on dirait plutôt un sarcome de la peau.

M. Jaboulay dit que le diagnostic de sarcome a contre lui l'adénopathie qui existait. Quoi qu'il en soit du diagnostic histologique, la régression n'en est pas moins évidente.

Pièce anatomique de luxation congénitale de la hanche opérée par la méthode de Lorenz.

M. Nové-Josserand présente le bassin d'une enfant qui avait été traitée par lui pour une luxation congénitale de la hanche par la méthode de Lorenz et qui a succombé dans un service de médecine, à une affection trachéo-pulmonaire (diphtérie probable). C'est cette enfant que l'orateur avait présentée il y a un an à la Société ; le traitement avait été terminé quatre mois avant la mort.

La dissection a montré que les insertions musculaires du côté malade étaient normales; que l'atrophie musculaire existait, mais irrégulière, un peu plus marquée pour le grand adducteur, qui avait été déchiré pendant la réduction. Les pelvi-trochantériens étaient aussi très atrophiés; les fessiers étaient normaux.

Quant à la nouvelle articulation, voici ce qu'elle présentait : le siège de l'articulation était absolument semblable à celui du côté sain; il y avait du côté opéré une saillie de la tête en avant beaucoup plus marquée. Les deux capsules articulaires étaient assez semblables; celle du côté opéré présentait un ligament de Bertin normal.

Les mouvements de rotation externe qu'on fait exécuter sont un peu plus étendus du côté opéré, tandis que du même côté les mouvements de rotation interne sont limités.

La pièce sera radiographiée avant d'ouvrir la capsule, puis disséquée avec soin et représentée alors à la Société.

M. Fochier a été frappé dans beaucoup de cas des difficultés de diagnostic entre la paralysie infantile accompagnée de luxation et la luxation congénitale. M. Nové-Josserand est-il sûr que dans son cas il ne s'agisse pas de paralysie ?

M. Nové-Josserand croit qu'on peut écarter ce diagnostic en raison du bon résultat fonctionnel pendant les quatre mois qui ont séparé la fin du traitement de la mort, en raison aussi de l'aspect des muscles à la dissection.

Déformations des extrémités articulaires luxées, sautoirs et coulées périostiques.

M. Ollier a été frappé de ce fait que dans bien des cas on a diagnostiqué des fractures articulaires, surtout au niveau du coude, et dans les cas déjà anciens, alors qu'il s'agissait de productions osseuses résultant du

décollement traumatique du périoste ayant amené la formation de sautoirs et de coulées périostiques. Ces faits avaient été vus par l'orateur dans ses expériences sur la régénération des os. Il les a retrouvés en clinique; par exemple, sur une femme de son service, qui avait eu une luxation du pied en arrière, avec arrachement du périoste de la face postérieure du tibia, lequel s'était ensuite ossifié, donnant lieu à une sorte de cal osseux fixant le pied dans sa mauvaise attitude. Ce qui était surprenant dans ce cas, c'est qu'il ne s'agissait pas d'un sujet jeune.

Après la radiographie, le diagnostic porté fut : fracture de l'extrémité inférieure du péroné transportée en arrière, alors qu'avant cette radiographie on avait pensé à une coulée osseuse. L'opération a montré que c'était le premier diagnostic qui était le vrai. Comme conséquence pratique, en pareil cas, il est inutile de chercher à réduire, cela serait impossible; il n'y a qu'une chose praticable, c'est la résection.

C'est surtout au niveau du coude, puis du cou-de-pied que se voient ces lésions; elles peuvent se rencontrer ailleurs, l'orateur les a vues dans un décollement de l'extrémité supérieure de l'humérus, à la suite duquel le fragment inférieur, dépouillé de son périoste était remonté en dehors et restait attaché au fragment supérieur par un lambeau de périoste qui s'était ossifié secondairement.

Chez la malade qui présentait le cal osseux rétro-tibial, M. Ollier est intervenu en réséquant celui-ci ainsi que l'extrémité inférieure du tibia.

M. Rochet tient à protester contre le terme de luxation de l'astragale; il s'agit là d'une luxation en totalité.

M. Fochier rappelle que le mécanisme que vient de décrire M. Ollier a été signalé par lui-même et étudié dans la thèse de Marangos. Chez les enfants, les traumatismes produisent souvent des décollements périostiques, d'où la production d'ossifications irrégulières, qui nécessitent des résections semi-articulaires.

Dr. G. Gayet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances du mois de juillet. — Présidence de M. Marey.

M. Ed. Delorme a étudié la *désinfection de l'eau* provenant des puits du camp de Châlons, cette eau devant servir aussi bien au point de vue de l'alimentation des troupes que pour les solutions nécessaires en chirurgie.

Le procédé chimique auquel il s'est arrêté est celui par le *permanganate de potasse*.

Ce procédé avait déjà été indiqué par Mme Schipiloff, docteur de l'Université de Genève.

Ainsi une solution de permanganate de potasse de 5 à 10 centigrammes par litre d'eau, non seulement détruit en l'oxydant toute matière organique, mais encore stérilise sûrement cette eau en tuant tous les orga-

nismes vivants. Pour atteindre ce résultat, il est nécessaire d'obtenir une couleur rosée persistant une demi-heure. Il se forme un composé brunâtre d'oxyde de manganèse tout à fait inoffensif, qu'il est facile d'entraîner en mélant à l'eau du charbon de boulanger pilé au mortier.

Ces désinfections ne peuvent être réellement efficaces que quand l'infection du puits est d'origine extérieure (infiltration des eaux de surface, chute de terre ou d'objets infectés, etc.), et lorsque ni le sol dans sa profondeur ni la nappe d'eau souterraine ne sont contaminés. Ce sont ces conditions que l'auteur a rencontrées.

Lorsqu'on a le choix du moment où la désinfection peut être assurée, il est bon de ne l'entreprendre que quand le niveau de l'eau du puits est aussi élevé que possible. Le désinfectant est ainsi mis en contact avec une plus grande étendue de la paroi du puits.

M. Hervieux présente une note du docteur Lafforgue, sur la *propagation de la conjonctivite granuleuse par les mouches dans le sud de l'Algérie.*

Une pression exercée sur la tête de ces insectes lui a permis de recueillir sur une lame de verre les exsudats contenus dans la trompe.

L'examen au microscope démontre l'identité des produits de sécrétion provenant de la conjonctivite granuleuse et de ceux de la sécrétion exprimée de la trompe d'une mouche qui a été en contact avec un œil malade.

En Algérie, notamment, la contamination aurait lieu au moment de la cueillette des dattes, époque où les mouches sont plus abondantes et où les indigènes ont, à l'heure de la sieste, les membres encore imprégnés du liquide sucré qui attire les insectes.

Si l'on admet que dans la conjonctivite granuleuse l'œil malade doit renfermer le germe pathogène, on comprendra sans peine que les mouches prélevant sur ces yeux les germes constitutifs de ces exsudats y puisent en même temps le contage granuleux.

La transmission de la maladie par leur intermédiaire se trouve dès lors bien démontrée. Car il suffit pour qu'elle s'effectue, que l'insecte qui vient d'abandonner un œil malade se transporte sur un œil sain; et là, renouvelant les mouvements de piqûre et de succion, dépose les germes contagieux dont l'extrémité de sa trompe est couverte.

Parmi les causes qui favorisent cette inoculation, M. Lafforgue signale des tourmentes de sable, qu'il compare aux orages des pays tempérés, et que le vent soulève comme de véritables nuages. Ce sable, composé de graviers d'une extrême ténuité, pénètre facilement entre les paupières et détermine une excoriation superficielle de la conjonctive, qui guérit en quelques jours quand elle est simple, mais qui prend un caractère de gravité quand une mouche y a déposé des germes infectieux.

M. J. V. Laborde fait un rapport sur un travail de M. A. Reverdin, de Genève, ayant trait à un *appareil à anesthésie générale.*

Cet appareil se compose d'un diadème analogue à celui qui soutient le miroir du laryngoscope; se place sur le front et sert de point d'appui à une

tige pourvue d'une crémaillère, qui peut monter ou descendre, puis être fixée à la place voulue au moyen d'une vis. Cette vis serre la tige contre la plaque métallique qui correspond à la partie antérieure du diadème, c'est-à-dire au front du sujet. On remarque à la partie inférieure de la tige une sorte de panier à jour composé d'un fil d'acier contourné de telle sorte qu'il forme dans le sens transversal deux gouttières dont la supérieure correspond aux dents du maxillaire supérieur, et l'inférieur aux dents du maxillaire inférieur.

C'est cette partie de l'appareil qui, restant interposée entre les deux mâchoires, empêche absolument leur rapprochement. Il suffit, le diadème étant solidement fixé autour de la tête, de placer la gouttière supérieure contre les dents du haut et de la fixer en ce point. Il est clair alors que les dents du bas venant butter contre la gouttière inférieure, la bouche reste forcément ouverte. On est dès lors assuré que les vapeurs anesthésiques seront en majeure partie absorbées par la bouche et non par le nez. Il est d'ailleurs très simple de clore l'une des narines en faisant passer sur elle la tige dont nous avons parlé. On diminue d'autant la pénétration de l'agent anesthésique par les narines. De cette façon, la moitié de la respiration nasale est supprimée, tandis que la respiration buccale est largement assurée par le maintien de la bouche entr'ouverte. Et, soit que le malade tousse, salive, crache, vomisse, ses mâchoires seront toujours assez largement écartées, pour que toutes les fonctions s'accomplissent sans difficulté, sans compromettre surtout la respiration. En outre, la langue est toujours à la portée du chirurgien, ou pour mieux dire de *prise facile*. Ce dispositif constitue une série de conditions bien faites pour assurer une narcose tranquille.

Depuis longtemps, grâce à lui, M. Reverdin reste fidèle au principe de la *bouche ouverte* pendant l'anesthésie, et il a pu en apprécier les bons effets.

La narcose, déclare-t-il, est certainement beaucoup plus calme, et tout danger en est pour ainsi dire écarté, surtout si l'on se sert de l'éther comme il le fait depuis une vingtaine d'années. En outre, et pendant toute la durée de l'anesthésie, M. Reverdin fixe les poignets du malade au moyen d'une entrave fort simple, qui ne risque nullement de les blesser.

Elle se désinfecte facilement à l'étuve, se place et s'enlève très aisément, n'a rien de brutal, puisque c'est le malade lui-même qui, par son propre poids, devient le sûr garant de son immobilité.

L'appareil à anesthésie de Reverdin met à l'abri des accidents qui surviennent pendant la narcose. Les accidents, d'après Alphonse Guérin, sont dus surtout aux *réflexes* partis de la muqueuse nasale, réflexes qui, agissant brusquement sur le cœur, sont capables d'en provoquer l'arrêt subit et définitif. En effet, les expériences entreprises sur des lapins trachéotomisés sont la preuve que le chloroforme étant administré directement par les bronches, à travers la canule, peut être donné à doses considérables sans amener la mort de l'animal, tandis que de faibles doses de la substance absorbées par le nez produisent souvent la mort subite.

En somme, avec son procédé et son appareil basés sur une donnée phy-

siologique incontestable, l'auteur a introduit dans la pratique de l'anesthésie générale une tentative rationnelle d'autant plus digne d'attention, qu'elle s'applique à une question des plus troublantes et des plus intéressantes en médecine opératoire. Rien ne saurait être indifférent pour laisser au chirurgien tous ses moyens, et pour lui donner une tranquillité complète pendant l'opération.

M. Dieulafoy cite un *cas d'abcès du cervelet* chez un homme de trente-trois ans avec syndrome cérébelleux pur : céphalalgie violente à localisation surtout occipitale, marche ébrieuse, vertiges, chutes à droite et à gauche, vomissements faciles, spontanés, nystagmus, parésie du moteur oculaire externe gauche.

Chez ce malade, la parésie de la commissure labiale gauche, la flaccidité de la joue correspondante et du moteur oculaire externe gauche ont fait diagnostiquer une lésion cérébelleuse gauche.

Quelle lésion? Le malade avait eu un mois auparavant une otite moyenne avec issue de pus pendant trois jours par l'oreille; il était donc probable qu'il s'agissait d'un abcès. Le malade fut préparé pour l'opération; on appliqua trois couronnes de trépan dans la région occipitale gauche; on fit sauter la partie osseuse intermédiaire, mais on ne constata rien; des ponctions pratiquées dans divers sens à travers le cervelet ne donnèrent lieu à aucun écoulement purulent. Il y eut un accident au début de l'opération : la respiration et le pouls cessèrent, mais M. Marion, qui opérait le malade, ayant touché le bulbe, la respiration et le pouls revinrent; comme on ne trouva rien, on ramena le malade dans son lit. Il succomba dans la journée et l'autopsie montra l'existence d'un petit abcès gros comme une noisette, siégeant à la région antérieure du lobe gauche du cervelet. Il s'était développé dans la substance blanche, non pas au centre, mais entre le noyau denté et la substance grise corticale, un peu en haut et en dehors. Les ponctions étaient passées tout près de l'abcès sans l'atteindre.

Donc une petite otite peut donner, au bout de quelques semaines, de quelques mois, de quelques années, de beaucoup d'années même, un abcès encéphalique. Et lorsqu'on se trouve en face du syndrome cérébelleux, il faut le diagnostiquer du *vertige de Ménière*. Dans le syndrome cérébelleux, la douleur de tête est plus gravative, il y a de la torpeur, de la fièvre, et les symptômes vont en s'aggravant. Dans le vertige de Ménière, la céphalée n'a ni l'intensité, ni la persistance, ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse.

Il faut également faire le diagnostic avec l'*abcès cérébral*, mais, dans ce cas, on trouve de l'aphasie sensorielle, de la cécité verbale et de l'hémianopsie; enfin, il faut songer aussi aux *tumeurs*; mais celles-ci ont une évolution plus longue et leurs symptômes vont s'ajoutant les uns aux autres.

Le traitement des abcès cérébelleux doit être chirurgical. Il y a, bien entendu, le traitement prophylactique, qui consiste à traiter l'otite susceptible de donner lieu à des complications encéphaliques, aussi graves que l'abcès cérébelleux. La *syphilis du cervelet* doit aussi être prise en considé-

ration au point de vue du diagnostic; il existe des artérites cérébelleuses syphilitiques, suivies de ramollissement cérébelleux. Dans ces cas le traitement spécifique servira de pierre de touche.

M. Dieulafoy fait suivre cette observation des conclusions suivantes :

1° A quelques exceptions près, l'abcès du cervelet est toujours consécutif à une otite. Que l'otite soit aiguë ou chronique, qu'elle soit accompagnée ou non d'écoulement, peu importe, du moment que la caisse du tympan a été infectée, les agents pathogènes peuvent exalter leur virulence à la faveur des cavités closes qui ont pour siège la caisse, l'antre, les cellules mastoïdiennes. Dès lors ils se propagent en différentes directions.

2° Les lésions intra-crâniennes consécutives aux otites sont multiples : méningite cérébrale, méningite cérébrospinale, pachyméningite, phlébite et thrombose des sinus, abcès du cerveau et du cervelet.

3° L'abcès du cervelet provoque généralement le syndrome cérébelleux : céphalée à prédominance occipitale, vertiges, ictus, perte de l'équilibre, titubation, démarche ébrieuse, vomissements, nystagmus, contracture cervicale, névrite optique, asthénie musculaire, état de somnolence et de torpeur voisin du coma. Ces symptômes composent le syndrome cérébelleux à l'état de pureté; ils peuvent exister, quelle que soit la partie du cervelet lésée, lobe droit, lobe gauche ou vermis.

Deux autres symptômes, la parésie faciale et la parésie du nerf moteur oculaire externe, permettent de localiser la lésion cérébelleuse à l'un des lobes du cervelet; c'était le cas chez notre malade.

4° Le diagnostic de l'abcès du cervelet présente quelque difficulté. Le syndrome cérébelleux a les plus grandes analogies avec le syndrome auriculaire ou labyrinthique; voici quels peuvent être les éléments de diagnostic. La céphalée d'origine labyrinthique n'a ni la violence, ni la persistance, ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse; la somnolence, la torpeur qui s'accentuent tous les jours dans la lésion cérébelleuse, n'ont rien de comparable dans le syndrome labyrinthique.

5° L'abcès du cervelet doit être distingué de l'abcès du cerveau (lobe temporo-sphénoïdal et lobe occipital). Au cas d'abcès cérébral, les troubles moteur, parésie, contracture, spasmes, siègent du côté opposé à la lésion et à l'otite, la cécité verbale et l'hémianopsie sont deux signes importants.

6° Les tumeurs du cervelet, gliome, glio-sarcome, tuberculome, tumeurs parasitaires, produisent, elles aussi, le syndrome cérébelleux; mais ce syndrome est rarement à l'état de pureté, parce que les tumeurs, dans leur tendance à s'extérioriser, provoquent des symptômes d'emprunt et de voisinage.

7° La syphilis du cervelet mérite une place à part au point de vue du diagnostic et du traitement.

8° L'intervention chirurgicale, en temps voulu, est le seul traitement applicable aux abcès du cervelet.

M. J. V. Laborde trouve qu'il y a intérêt à rapprocher de ces faits cliniques les faits expérimentaux. On sait que les physiologistes ont accumulé les hypothèses sur le rôle du cervelet. Le fait clinique de M. Dieulafoy vaut une

expérience. Néanmoins, il ne saurait le considérer comme d'une pureté parfaite. Il est certain que les phénomènes du côté du facial, du moteur oculaire commun, du pneumogastrique, ne relèvent pas directement de l'action cérébelleuse, mais d'une action secondaire du cervelet sur le bulbe.

Quant à l'écorce cérébelleuse, elle est absolument insensible; aussi ses lésions peuvent rester latentes: il n'en est pas de même quand on touche aux pédoncules et aux prolongements cérébelleux; on obtient alors, comme Flourens l'a démontré, des phénomènes de déséquilibration. Toutefois, le procédé de Flourens, qui cause de grands traumatismes, n'est pas exempt d'inconvénients.

M. Laborde a imaginé un procédé qui lui permet de porter une excitation très localisée en un point quelconque, cervelet, pédoncule cérébelleux supérieur, moyen ou inférieur.

Ce procédé consiste non pas, comme le faisait Flourens, à mettre à nu le cervelet, en enlevant la région crânienne qui lui correspond, ce qui entraîne un traumatisme et des désordres consécutifs plus ou moins graves, mais à pénétrer directement, à l'aide d'une pointe à manche, ou d'un vilbrequin appropriés, soit à travers l'espace occipito-atloïdien, soit à travers les os crâniens eux-mêmes, de façon à intéresser par la piqûre excitatrice les points de l'organe visés, grâce à des points de repère préalablement établis.

M. Laborde présente un cobaye qui a subi ainsi une lésion du pédoncule cérébelleux moyen et qui ne peut plus faire de mouvement sans être animé de mouvements rotatoires autour de l'axe de son corps.

Un cobaye qui a été ainsi traité étant tout petit, s'est développé néanmoins parfaitement, mais en conservant une déséquilibration avec mouvements rotatoires.

Le cervelet n'est donc pas un centre psychique, comme on l'a dit; c'est un centre de mouvement, non pas d'incitation aux mouvements, mais d'équilibration des mouvements.

La lésion du pédoncule cérébelleux supérieur ne donne plus le mouvement de rotation complète, mais un mouvement mi-circulaire.

La lésion du pédoncule cérébelleux inférieur ou corps restiforme s'obtient facilement sur la grenouille. La grenouille saute aussi fort qu'avant, mais elle est entraînée du côté de la lésion et, en nageant, nage toujours de ce côté.

Le nerf labyrinthique vient précisément se rendre à un noyau de cellules motrices situées dans le corps restiforme; c'est par l'excitation de ce noyau que les lésions labyrinthiques donnent des phénomènes cérébelleux.

Dans le cas observé par M. Dieulafoy, le malade est tombé à gauche, mais il était tombé une autre fois à droite. Il ne sait si le renseignement donné par le malade sur cette dernière chute est bien exact. Il est probable qu'il était toujours entraîné à gauche, mais que dans ses efforts pour reprendre son équilibre, il a pu dépasser le but et tomber ainsi à droite. Car le sens de l'entraînement est constant, et c'est là le point important, la constatation capitale sur laquelle on doit s'appuyer pour faire le diagnostic de localisation à droite ou à gauche.

En résumé, la conclusion qui se dégage de cet exposé physiologique et expérimental, rapproché de l'exposé clinique, c'est que le véritable syndrome *cérébelleux* se déduit de la fonction réelle, personnelle de l'organe

C'est le trouble fondamental et prédominant de *déséquilibration motrice*, consistant surtout dans des phénomènes de *rotation* et d'*entraînement irrésistibles*, qui ont été, d'ailleurs, la véritable caractéristique symptomatique du cas de M. Dieulafoy.

M. Zambacco Pacha, au nom de M. Fouquet (du Caire) et au sien, présente un travail *sur quelques lésions pathologiques aux temps des Pharaons.*

Ces lésions sont de plusieurs ordres; elles siègent sur le crâne, portant le cachet des ostéites suppurées, et sur les os longs; elles affectent les extrémités uniquement; les diaphyses restent tout à fait normales ainsi que les surfaces articulaires. Il s'agit d'une maladie générale qui a atteint plusieurs parties du squelette, affection à évolution lente, chronique. D'après M. Lannelongue, qui a bien voulu examiner les photographies, il ne saurait être question d'ostéomyélite aiguë; aussi, d'après leur aspect, M. Zambacco n'hésite-t-il pas à attribuer ces lésions à la *syphilis*, qui existait déjà au temps des Pharaons. Elle est même antérieure à plusieurs dynasties.

Les lésions de la colonne vertébrale peuvent être rapportées à deux sortes de maladies et affectent, dans certains cas, les caractères des lésions pottiques; ce sont des lésions absolument attribuables à la *tuberculose.*

M. Zambacco apporte à l'appui de sa thèse les photographies des ossements qu'il a décrits. Il conclut donc à l'existence de la tuberculose à l'époque des Pharaons. Quant à la *léprose*, il est déjà établi qu'elle sévissait d'une manière terrible dans l'antique Égypte, qui en est considérée comme le premier berceau, d'où l'avaient importée les Hébreux.

Sur une autre colonne vertébrale existe une déformation avec soudure et confusion de deux spondyles, qu'il faut distinguer de la tuberculose vertébrale, et attribuer, selon M. Zambacco, *au rhumatisme.*

M. Fournier, toutes réserves faites pour ce que pourrait lui enseigner un examen ultérieur de ces pièces, ne voit là rien de probant en faveur de la syphilis. Les exostoses de la fièvre typhoïde, un simple traumatisme, des ulcères variqueux sont identiques dans bien des cas à celles de la syphilis. M. Fournier pense qu'un tel diagnostic est bien délicat et que le doute est toujours permis; d'autant plus que de cette solution dépend une autre, à savoir, celle d'un problème agité depuis quatre siècles, vivement controversé et ayant trait à l'*échéance d'apparition* de la syphilis.

M. Lerebouillet rapporte un cas de *syphilis de l'intestin.* Il s'agissait d'un homme de trente-quatre ans, marié depuis huit ans et atteint depuis dix-huit mois de troubles digestifs, de diarrhée dysentériforme et d'hémorragie intestinale. Ces symptômes avaient résisté à tous les traitements employés. Le ventre était ballonné; au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, la palpation provoquait un peu de douleur et déterminait des gargouillements. Le malade était très amaigri, le teint jaune, l'aspect

cachectique, enfin, dans un état de faiblesse très accentué. Le père de ce malade ayant succombé jeune encore, à un cancer de rectum, il se croyait atteint de la même affection.

Le malade ayant eu la syphilis quinze ans auparavant, M. Lereboullet lui fit faire 14 injections d'huile grise (une par jour), et lui donna 3 à 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Au bout de quatorze jours, l'amélioration était déjà notable; le malade avait eu une garde-robe normale.

Il fit encore un mois de traitement par des frictions mercurielles, au bout duquel, complètement guéri, il put revenir à une alimentation normale.

M. Fournier considère les affections syphilitiques de l'intestin comme très rares. Il n'en a pas observé plus de douze cas, mais peut-être passe-t-on à côté d'elles sans les reconnaître parce qu'on les croit impossibles. Longtemps méconnues, leur existence est aujourd'hui appuyée sur des observations certaines.

Ces faits se présentent toujours de la même manière : un malade est affligé, des mois ou des années, d'une diarrhée réfractaire à tous les traitements. Vient-on appliquer le traitement spécifique, la diarrhée guérit.

Anatomiquement, on trouve soit des gommes miliaires, soit des infiltrats épais, des sténoses, des cicatrices, des perforations, etc.

Il n'y a rien de caractéristique dans les symptômes pouvant induire en erreur le médecin aussi bien que le chirurgien, et faire supposer que l'on a affaire à une tumeur sarcomateuse ou cancéreuse de l'intestin. Mais ce n'est pas une raison pour rejeter la syphilis, qui provoque souvent les symptômes absolument banals. On soupçonne la syphilis, à cause des antécédents, de l'absence de toute autre cause, de la résistance de la diarrhée au traitement, de la coïncidence avec d'autres symptômes syphilitiques (exostoses, douleurs ostéoscopes du fémur, arthropathie, etc.

La nature syphilitique est prouvée par les résultats du traitement spécifique, qui seul amène la guérison.

Ces diarrhées syphilitiques sont souvent à échéance tardive; M. Fournier en a vu survenir 17 et même 40 ans après le chancre.

Le traitement doit consister dans l'administration de l'iodure de potassium, mieux encore dans le traitement mixte (mercure et iodure). Le mercure peut être donné par la bouche; il est souvent bien supporté, mais il est meilleur de pratiquer des frictions ou des injections hypodermiques ainsi que l'a fait M. Lereboullet.

M. Lancereaux, au nom de M. Paulesco et au sien, rappelle d'abord les bons résultats qu'il a obtenus dans *divers cas d'anévrisme* au moyen *des injections sous-cutanées de solutions de gélatine*.

Il résume cinq observations de malades porteurs de volumineux anévrismes de la crosse de l'aorte, ayant déterminé des accidents plus ou moins graves. Chez tous quelques injections de gélatine à 3 0/0 dans le sérum artificiel ont amené au bout de 8 à 10 séances une diminution marquée des douleurs, de l'induration de la poche et souvent sa diminution.

Quelquefois il est nécessaire de répéter de temps en temps les injections. Stoïcesco et Gaetano, Kalindero, à Bucarest, Minola, à Milan, Fränkel, à Berlin, ont obtenu de bons résultats par cette méthode; nombre d'autres auteurs ont eu également des succès.

M. Lancereaux montre les pièces anatomiques d'un sujet qui, au moment où il a commencé à le soigner par les injections de gélatine, avait une poche prête à se rompre, poche ayant érodé et perforé la paroi sterno-costale. La poche s'est durcie et en partie comblée, ainsi qu'on peut s'en assurer sur la pièce anatomique, le malade étant mort ultérieurement, dans son lit, d'une syncope subite.

Or, cet homme, avant d'être traité par les injections de gélatine, avait été soumis pendant plusieurs mois au repos absolu, combiné avec la diète, les saignées répétées et l'administration d'iodure de potassium à hautes doses. Malgré ce traitement, la poche anévrismale avait continué à augmenter de volume à tel point qu'elle menaçait de perforer la peau très amincie à ce niveau. C'est alors que fut pratiquée la première injection de gélatine, et dès le lendemain il fut possible de constater que la tumeur était manifestement plus ferme et que ses battements étaient plus éloignés. A la suite de nouvelles injections, la poche diminua de volume et les douleurs cessèrent complètement. Le malade put alors reprendre ses occupations, se fatiguer et même commettre des imprudences; néanmoins la guérison se maintint pendant toute une année. Deux rechutes étant survenues, il suffit de quelques injections de gélatine pour amener la formation de caillots, comme le démontre l'examen de la pièce.

De ces faits résultent plusieurs enseignements : le premier, c'est que le séjour au lit ne suffit pas, ainsi que l'a prétendu récemment Litten, de Berlin, pour amener la disparition des anévrismes de l'aorte; le second, c'est que la guérison définitive d'un anévrisme par oblitération totale du sac ne s'obtient qu'à la suite d'un nombre d'injections de gélatine, variable suivant les cas, mais que l'on peut évaluer approximativement à 25 ou 30 au minimum.

L'asepsie la plus absolue est de rigueur dans la pratique de ces injections; de cette façon, il n'y a aucune réaction locale ou générale chez les malades.

M. Péraire.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris, 2-9 août 1900.

Les inscriptions pour le XIIIe Congrès international de Médecine, seront reçues jusqu'à la veille de l'ouverture du Congrès.

Programme des assemblées générales du Congrès.

Première assemblée générale. — Le 2 août à deux heures, à la Salle des fêtes de l'Exposition, sous la présidence de M. le Président de la République.

Partie officielle : Discours de M. le Président du Congrès. Compte rendu du Secrétaire général du Congrès.

Adresses des Membres délégués des gouvernements étrangers.

Partie scientifique : Discours de M. le Professeur Virchow : « Traumatisme et infection ».

Discours de M. le Professeur Pavlov : « Thérapie expérimentale comme méthode nouvelle et extrêmement féconde pour les recherches physiologiques. »

Deuxième assemblée générale. — Le 6 août, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

M. le Professeur Baccelli : *Traitement du tétanos par les injections sous-cutanées d'acide phénique.*

M. le Professeur Burdon Sanderson : *Quelques problèmes pathologiques d'aujourd'hui.*

M. le Professeur Jacobi : *La médecine et les médecins dans les États-Unis.*

M. le Professeur Albert : *De l'architecture des os de l'homme et des animaux.*

Troisième assemblée générale. — Le 9 août, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Attribution du prix triennal fondé, en 1897, par la Ville de Moscou.

Proclamation du lieu de réunion du XIVe Congrès international de Médecine et de son bureau.

Clôture du Congrès.

A. Chauffard.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie d'urgence, par **F. Lejars**. — 2e édition, Paris, 1900 (Masson et Cie, éd.).

La première édition a paru en juin 1899. Celle-ci est de mars 1900. C'est assez dire le succès du *Traité de chirurgie d'urgence* de Félix Lejars. Cette seconde édition, tout en conservant les qualités de la première, a été remaniée et surtout complétée par un certain nombre d'additions : les corps étrangers des fosses nasales, les plaies du crâne, de la face et de la langue, les abcès de la bouche et de la gorge, les phlegmons du cou, la néphrotomie d'urgence, les abcès de la prostate, le paraphimosis, les abcès de l'anus et du rectum, la dilatation anale d'urgence, les plaies articulaires. Une large place a été faite à la chirurgie des membres, et le chapitre des fractures a été plus que doublé.

C'est un livre essentiellement pratique, que tout le monde a intérêt à lire.

A. Gosset.

Chirurgie du rein et de l'uretère. — Indications, manuel opératoire, par **Rochet** (Paris, 1900, Steinheil, édit.).

Ce volume fait suite à celui de la chirurgie de l'urètre, de la vessie, de la prostate, publié en 1895 par le même auteur. Réunis, ils donnent l'exposé de toute la chirurgie des voies urinaires, avec le manuel opératoire, la description sommaire des principales formes cliniques, et l'étude des indications et des résultats.

Il est divisé en deux livres. Le livre premier comprend l'anatomie chirurgicale du rein, la médecine opératoire générale du rein (néphrotomie, néphrectomie, néphropexie), les traumatismes du rein, les pyélites et les pyonéphroses, la tuberculose du rein, les calculs, les tumeurs du rein, les kystes, le rein mobile, les hydronéphroses, les hématuries rénales dites essentielles, le phlegmon périnéphrétique, les fistules rénales et périrénales.

Dans le deuxième livre, le plus intéressant et le plus nouveau, sont étudiés la médecine opératoire générale de l'uretère, le cathétérisme des uretères, les traumatismes de l'uretère, les affections inflammatoires et néoplasiques, les calculs, les fistules et les rétrécissements de l'uretère.

A. Gosset.

Le propriétaire-gérant : Félix Alcan.

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE

Les séances de la Section ont eu lieu à l'Amphithéâtre de Chimie de la Faculté des Sciences (Sorbonne).

PREMIÈRE JOURNÉE : 3 AOUT 1900.

A deux heures et demie de l'après-midi, M. le Professeur Félix TERRIER, Président, déclare ouverte la Section de Gynécologie.

Il est assisté de MM. POZZI, Vice-Président; HARTMANN, Secrétaire général; BOUILLY, H. DELAGÉNIÈRE (Le Mans), LAROYENNE (Lyon), MONPROFIT (Angers), SEGOND, RICHELOT, SCHWARTZ (Paris).

S'assoient également au Bureau, sur l'invitation de M. le Professeur Terrier, les *Présidents d'honneur* : MM. FRITSCH (Bonn), LEOPOLD (Dresde), MARTIN (Berlin), SCHULTZE (Bonn), WINCKEL (Munich), ZWEIFEL (Leipzig), SIMPSON (Édimbourg), SINCLAIR, BASTERRICA, ENGELMANN, PALMER DUDLEY (États-Unis), PRYOR, CHROBACK, CORTEJARENA, TREUB, CALDERINI, MANGIAGALLI, MORISANI, GOUBAROFF, DE OTT, REIN, SNEGUIREFF.

Dans la salle, quatre cents personnes environ, parmi lesquelles un grand nombre de dames.

M. le Professeur TERRIER, en termes très heureux, adresse aux Congressistes ses souhaits de bienvenue; il les remercie de l'empressement qu'ils ont mis à répondre à l'invitation du Comité et du concours qu'ils apportent à l'éclat du Congrès.

L'orateur montre l'intérêt qu'auront les séances de la Section de Gynécologie, en raison de l'importance des rapports, des communications et des discussions qui vont avoir lieu. Tous ces travaux jetteront un jour nouveau sur la Chirurgie et même sur la Médecine.

Les Rapports généraux portent sur deux questions : le *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*, et les *Métrites cervicales*.

Sur la première de ces questions, la parole est donnée à M. DMITRI DE OTT (de Saint-Pétersbourg).

M. le Professeur Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg). — *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.*

1. Le traitement chirurgical est maintenant l'unique moyen pour lutter avec succès contre le cancer de l'utérus. Dans toute une série de cas il est possible d'obtenir par l'opération la guérison complète des malades. Les résultats de la cure radicale seront sans doute améliorés par le diagnostic précoce, posé par l'examen histologique de tous les cas douteux.

2. La destination biologique de la matrice, ainsi que les particularités de sa structure anatomique imposent l'étude spéciale du cancer de l'utérus et les observations sur l'affection cancéreuse des autres parties du corps humain, de même que les conclusions tirées de ces cas ne peuvent être appliquées à l'utérus qu'après leur vérification pour ce cas spécial.

3. L'extirpation totale de l'utérus doit être pratiquée dans tous les cas de lésion cancéreuse d'une partie quelconque de l'organe, car ce procédé donne le maximum de garantie contre la récidive.

4. L'ablation des ovaires et, en général, des annexes ne doit être pratiquée que s'il existe des indications spéciales.

5. La guérison radicale est obtenue en suivant les principes ci-dessus. L'énucléation des ganglions rétropéritonéaux, recommandée surtout dans ces derniers temps, ne peut être pratiquée que par la voie abdominale; elle ne doit pas être admise comme règle, n'étant justifiée ni par les raisonnements théoriques, ni par des faits cliniques assez convaincants. Elle doit être aussi considérée comme beaucoup plus dangereuse et n'a pas d'indications suffisamment établies.

6. L'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale mérite la préférence sur toutes les autres méthodes. Le perfectionnement de la technique opératoire donne maintenant les moyens de surmonter par cette voie tous les obstacles qui récemment encore forçaient de recourir à la cœliotomie, en exposant les malades à tous les dangers de cette dernière.

7. Le morcellement dans les cas de volume considérable de l'organe ou de complication par des tumeurs fibreuses, fréquentes dans les cas de cancer de l'utérus, doit être considéré comme une conquête de grande valeur dans la chirurgie gynécologique.

8. Dans les cas de grossesse compliquée de cancer de l'utérus, l'extirpation est indiquée, de même qu'en dehors de la grossesse; l'opération vaginale y est à préférer. Ce moyen d'opérer peut être pratiqué jusqu'au septième mois inclus de la grossesse et ne présente que peu de difficultés, vu la possibilité de diminuer le volume de l'organe par l'ablation de l'œuf après l'ouverture des culs-de-sac et la suture des vaisseaux utérins. Si la grossesse est plus avancée, vu la viabilité de l'enfant, c'est la cœliotomie qui est l'opération de choix, quoique l'on puisse encore recourir à l'extirpation par la voie vaginale après avoir délivré l'enfant par la césarienne vaginale.

9. Il est préférable de ne pas fermer la plaie menant dans la cavité abdominale après l'extirpation totale de l'utérus et de se borner à un tamponnement léger avec de la gaze iodoformée.

10. Les ovaires conservés, la vie sexuelle ne se modifie pas après l'extirpation de l'utérus.

11. Les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer de la partie supérieure de l'utérus (cancer du corps) sont infiniment plus favorables que ceux du cancer de la partie inférieure (cancer du col de l'utérus).

12. L'extirpation totale de l'utérus doit être pratiquée, même dans les cas très avancés, car par cette opération on peut le mieux soulager les malades et reculer la terminaison fatale; dans certains cas, vu l'imperfection de la précision clinique des limites du néoplasme, on parvient même à obtenir la guérison radicale.

13. La mortalité de l'extirpation vaginale de l'utérus peut être facilement réduite au minimum; en tout cas, elle ne dépasse pas 2 pour 100.

14. La guérison radicale (plus de 6 ans) dans la série des malades que j'ai opérées, fut atteinte dans 10 pour 100 des cas. L'extirpation a été pratiquée dans tous les cas de cancers, même relativement très avancés.

Puis M. le Dr Th. S. Cullen (de Baltimore) rend compte de son expérience personnelle sur la même question. Il a fait des études anatomo-pathologiques et a presque toujours trouvé que l'utérus tout entier était malade; c'est pourquoi il approuve l'hystérectomie totale. Seulement, à l'encontre de l'orateur précédent, il préconiserait la voie abdominale, car quelquefois les ganglions, qui peuvent ne pas être enflammés, sont cependant pris.

Voici maintenant le résumé de son rapport :

M. le Dr Th. S. Cullen (de Baltimore). — *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus.*

L'orateur, résumant rapidement les perfectionnements graduels apportés à l'ablation des carcinomes utérins, insiste ensuite sur les dangers de la greffe carcinomateuse dans les tissus sains au cours de l'opération. Il décrit en détail l'opération pratiquée par Werder (de Pittsburg). Dans cette opération les risques de greffe cancéreuse sont réduits au minimum.

Les divers temps de l'opération abdominale, lorsque le cancer est limité au col, sont les suivants :

1° Ablation des masses carcinomateuses saillantes, de préférence quelques jours avant l'opération.

2° Pose de bougies dans les uretères.

3° Ligature des vaisseaux ovariens et des ligaments ronds.

4° Libération de la vessie d'avec l'utérus et les ligaments larges.

5° Ouverture des ligaments larges et dissection des uretères aux points où ils pénètrent dans la vessie.

6° Ligature des utérines près de leur origine.

7° Libération de la vessie de la voûte vaginale.

8° Séparation du rectum et du vagin.

9° Ablation des ganglions lymphatiques du pelvis.

10° Dissection des culs-de-sac vaginaux.

11° Fermeture de la cavité pelvienne par une suture du péritoine vésical

avec celui du rectum, un aide tirant fortement le col en bas pendant ce temps de l'opération.

12° Fermeture de l'abdomen.

13° Section de la voûte vaginale au bistouri ou au thermo-cautère, de manière à isoler complètement l'utérus et une collerette vaginale l'entourant.

14° Placement d'un petit tampon de gaze au niveau de la partie réséquée de la voûte vaginale.

Comme on peut le voir, dans ce procédé, l'utérus est libéré partout, le vagin est séparé de la vessie et du rectum, les cavités pelvienne et abdominale sont fermées avant que l'opérateur ait touché au col carcinomateux. Il n'y a alors que peu ou pas de dangers d'inoculation cancéreuse. Cullen conseille cette manière de procéder pour tous les cas où la malade n'est pas excessivement affaiblie; mais il faut se contenter d'une opération exclusivement vaginale quand elle n'est pas vigoureuse.

Dans l'adéno-carcinome du corps de l'utérus, on peut faire la même opération, mais il est inutile de réséquer la voûte vaginale.

L'orateur analyse alors sommairement 176 cas de cancers de l'utérus observés au Johns Hopkins Hospital pendant les six dernières années.

	CAS OPÉRÉS.				AU 1er JANVIER 1900.	
Carcinomes pavimenteux du col.	61 cas,	dont	12,	soit	21 0/0	bien portants.
Adéno-carcinomes du col.	12	—	2	—	16	—
Adéno-carcinomes du corps.	20	—	19	—	62	—

CAS VENUS TROP TARD POUR ÊTRE OPÉRÉS.

Carcinomes pavimenteux du col	62
Adéno-carcinomes du col	6
Adéno-carcinomes du corps	5

Le pronostic est surtout favorable dans le carcinome du corps; il l'est le moins dans l'adéno-carcinome du col.

M. le Dr G. Richelot (de Paris). — *Traitement du cancer de l'utérus.*

Dans la première partie de son rapport, l'auteur traite de l'hystérectomie vaginale : seule l'extirpation totale de l'utérus par le vagin est une méthode rationnelle; elle donne des succès durables, surtout si l'on a eu la chance d'intervenir avant l'envahissement des lymphatiques voisins, tandis que les sections du col n'atteignent que rarement les limites du mal. Elle est, en outre, *bénigne*, et M. Richelot nous donne ici sa statistique personnelle, qui est de six morts seulement sur 100 opérations. Le rapporteur nous montre ensuite, avec preuves à l'appui, *l'efficacité* de la méthode; elle a donné des survies prolongées et des survies sans récidive; il faut cependant attendre au moins cinq ans avant de pouvoir parler de guérison complète. Quant à M. Richelot, en faisant toutes les concessions possibles (malades perdus de vue, etc.), il peut citer, sans l'ombre d'un doute, au moins 18 malades sur 100 définitivement guéris. Nier les bienfaits de l'hystérectomie vaginale après des cancers typiques, nettement démontrés par la clinique et l'histologie, c'est donc nier l'évidence.

La seconde partie du rapport est consacrée à l'étude de l'hystérectomie abdominale. L'auteur craint que beaucoup de chirurgiens s'y laissent entraîner sans une critique suffisante; la méthode exige, même dans les opérations les plus simples, l' « évidement du bassin ». Mais cette recherche des ganglions est souvent illusoire, et il est difficile à comprendre qu'on puisse rêver la dissection des traînées invisibles à travers les tissus. La comparaison avec le cancer du sein, dit le rapporteur, est spécieuse, car si, dans ce cas, tout est réuni dans un paquet, ganglions axillaires, etc., et s'il n'y a aucun organe à ménager, il en est tout autrement dans la cavité pelvienne, et la poursuite de l'invasion cancéreuse à travers le petit bassin lui paraît une illusion.

Dans la troisième partie, M. Richelot discute la valeur relative des deux méthodes : quelle qu'en soit l'étiologie (et l'auteur, écartant l'hypothèse d'une infection microbienne, croit que l'épithéliome est un trouble nutritif, indépendant des causes extérieures), le cancer utérin traverse deux périodes, restant enfermé dans l'utérus avant d'envahir les parties voisines. Le but rêvé, c'est d'intervenir pendant la première période : on peut ainsi, en prévenant l'envahissement au lieu de le poursuivre, espérer obtenir un succès définitif. Cependant, en présence d'un envahissement très discret, bien limité, éloignant l'idée d'une réelle diffusion du cancer, on peut faire une hystérectomie abdominale, mais en marchant dans cette voie avec la plus grande réserve. Dans les autres cas, il faut avoir recours à l'hystérectomie vaginale totale, qui, si elle est faite à temps, prévient l'envahissement du mal.

L'auteur termine en disant qu'il serait tenté de renverser la proposition ordinairement formulée, et de dire qu'au contraire, l'opération vraiment curative, c'est celle qui précède l'infiltration cancéreuse, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale; tandis que celle qui prétend la poursuivre dans ses coins et recoins n'est qu'une opération palliative, par définition. L'éminent rapporteur termine par cette phrase : « Il faut savoir opérer de bonne heure, et se contenter de peu ».

Discussion.

M. le Pr Jonnesco (de Bucarest) n'est pas partisan des conclusions de M. Richelot. Suivant lui, il y a à distinguer deux catégories de cas : les cancers limités au col, sans envahissement appréciable de la base des ligaments larges, l'utérus ayant conservé sa mobilité, et sans propagation à la vessie, alors même que les parois vaginales seraient tant soit peu envahies par le néoplasme; et les cancers immobilisés en partie ou en totalité par l'extension du néoplasme à la base des ligaments larges, le long des pédicules utérins. Les premiers sont justiciables d'une opération radicale; aux seconds on ne peut appliquer qu'une opération purement palliative.

L'hystérectomie vaginale bénigne (sur 11 opérées l'auteur n'en a perdu qu'une) est une mauvaise opération, car le résultat thérapeutique est illusoire, la récidive est de règle et rapide.

L'hystérectomie abdominale sans évidement du pelvis, bénigne aussi,

est inutile, car les ganglions laissés sont toujours néoplasiques, alors même qu'ils sont inappréciables à la vue. Ainsi sur 6 cas où ayant pratiqué l'évidement du pelvis l'auteur a fait examiner les ganglions proches comme les plus éloignés, ganglions lombaires, les résultats ont été concluants : dans un cas, sur 10 ganglions un seul était cancéreux : — 2e cas : sur 11 ganglions, 6 cancéreux; — 3e cas : sur 10 ganglions, 6 cancéreux; — 4e cas : tous les ganglions cancéreux; — 5e cas : les ganglions hypogastriques tous cancéreux; ganglions iliaques externes, prolifération lymphatique abondante sans éléments cancéreux; ganglions lombaires (aortiques) cancéreux; — 6e cas : tous les ganglions sont cancéreux.

Ainsi il n'y a pas de règle; les ganglions proches peuvent être simplement enflammés, alors que les plus éloignés, aortiques, sont cancéreux. Aussi la seule intervention rationnelle dans les cas de cancer du col les plus limités même, est la castration abdominale totale, suivie de la dissection minutieuse de tous les organes du petit et du grand bassin, uretères, artères, nerfs, veines et de l'ablation aussi complète que possible de tout le tissu cellulaire avec les vaisseaux lymphatiques qu'il renferme, et de toutes les chaînes ganglionnaires aussi haut que possible le long des iliaques et de l'aorte abdominale. Enfin, le vagin doit être extirpé dans presque sa totalité. — Mais comme l'opération ainsi comprise est longue et laborieuse, elle ne doit être réservée qu'aux malades dont l'état général satisfaisant permet d'espérer un bon résultat immédiat.

Dans les cancers étendus l'auteur se contente d'une intervention palliative consistant en la ligature des artères hypogastriques, des artères utérines en étages près de l'origine, et aussi près que possible de l'utérus, des artères du ligament rond et des vaisseaux utéro-ovariens. Autant que possible les veines et le tissu cellulaire ambiant sont pris dans les ligatures. L'opération est complétée par un raclage à fond de l'utérus. Ce traitement absolument bénin, car sur 8 cas il n'a perdu aucune de ses opérées, lui a donné d'excellents résultats : suppression des hémorragies, des écoulements, élimination spontanée des produits néoplasiques et amélioration de l'état général pendant 6 et 10 mois et même plus d'une année.

M. le Pr Morisani (de Naples) envisage surtout la *coïncidence du cancer utérin avec la grossesse*. Suivant lui, il y a des cas où l'ulcère cancéreux est limité au museau de tanche, le reste étant sain ; on pourrait faire alors un traitement localisé, cautériser profondément, racler et peut-être même enlever le museau de tanche. On aurait ainsi de bons résultats; s'il y avait ensuite récidive, on pourrait recourir à des opérations plus graves; mais, si la malade est enceinte, ce traitement local permet l'évolution du fœtus. Dans d'autres cas, le cancer se propage plus haut : s'il reste cependant limité au col, il faut, comme le conseille M. Richelot, faire l'hystérectomie vaginale; mais, s'il est propagé plus haut encore, s'il y a infiltration du ligament large, s'il y a des ganglions, l'extirpation vaginale est insuffisante : ce sont des cas très rares où l'hystérectomie abdominale s'impose, ou bien une opération mixte, qui consiste à extirper par l'abdomen le corps de l'utérus et les

foyers infiltrés, et, par le vagin, le col. Si une femme, atteinte d'un cancer de l'utérus, se présente dans les derniers mois de la grossesse, il faut faire l'ablation complète de l'utérus par l'abdomen, de façon à sauver l'enfant.

M. le Pr Fritsch (de Bonn), se basant sur une expérience de 20 ans, affirme que le pourcentage définitif des opérations guéries peut être estimé à 10 p. 100.

Le carcinome du col, surtout celui qui atteint les vieilles femmes, donne le meilleur pronostic.

En ce qui concerne la technique opératoire, en Allemagne, on emploie la ligature (Unterbindungs-Methode). De même on procède plutôt par la voie vaginale que par la voie abdominale.

Cependant, quand on constate des noyaux au parametrium, on emploie la voie abdominale avec les modifications de Freund.

M. le Dr H. Delagénière (Le Mans) parle de la valeur de la *ligature préventive des artères hypogastriques dans l'hysterectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus.* — Nous avons attiré, dit l'orateur, l'attention des gynécologues, au dernier Congrès de Chirurgie de Paris, sur la ligature des artères hypogastriques pour obtenir l'hémostase à la fois préventive et définitive dans l'hystérectomie abdominale. Nous apportions alors deux faits. Dans un cas, l'opération, pratiquée pour cancer, avait donné un résultat excellent; l'opération s'était trouvée considérablement simplifiée. Dans l'autre cas, pour un fibrome enclavé, la ligature avait été beaucoup moins efficace, mais cependant avait simplifié l'hémostase du fond du bassin. Nous avons renouvelé deux fois cette tentative pour des cas de cancer de l'utérus généralisé au bassin. Dans les deux cas la ligature fut placée très facilement sur l'artère iliaque interne, tout près de la bifurcation de l'artère iliaque primitive, et après avoir dénudé la bifurcation; d'autre part, une ligature avait été jetée sur les artères utéro-ovariennes des deux côtés. Or, malgré ces précautions, l'hémostase du fond du bassin ne fut pas obtenue. En sectionnant les utérines, nous avons eu du sang, en quantité moindre assurément, mais suffisamment pour nécessiter la ligature de ces artères; d'autre part, des artérioles du vagin continuaient à donner du sang.

Ces quatre cas de notre pratique nous permettent de tirer les conclusions suivantes qui ont leur intérêt pratique.

1° Les effets de la ligature préventive des artères iliaques internes, combinée à celle des utéro-ovariennes, ne sont pas toujours identiques. Nous avons obtenu une fois une hémostase complète; deux fois une hémostase relative; surtout efficace sur la circulation du fond du bassin; et, une dernière fois, aucune hémostase appréciable.

2° Cette ligature, si elle est efficace, simplifie énormément l'opération et permet même de la faire pour ainsi dire à blanc : dans le cas contraire elle nécessite une hémostase de détail comme à l'ordinaire, hémostase peut-être quand même simplifiée du côté des artères vaginales.

3° Cette ligature, malgré tout ce qu'elle a d'aléatoire, devra être tentée

dans les cas de néoplasmes de l'utérus généralisés au bassin : cette tentative pouvant dans ces cas rendre d'énormes services, et dans le cas d'insuccès, ne pouvant nuire en aucune façon.

Pour pratiquer cette ligature préventive, la malade étant en position déclive et le ventre ouvert, la séreuse est soulevée avec une pince à griffes au-dessus de la bifurcation de l'iliaque primitive, puis incisée d'un coup de ciseaux; on passe alors un fil sous l'iliaque interne avec l'aiguille de Deschamps, et on lie vigoureusement le fil; la boutonnière séreuse est fermée par un point. On lie ensuite l'artère de l'autre côté.

M. le Dr Bouilly (de Paris) soumet au Congrès les résultats de sa pratique dans le *traitement du cancer utérin par l'hystérectomie vaginale*. « J'ai déjà, en 1897, dit l'orateur, dans un autre travail (*Bulletin de Thérapeutique*), publié et analysé les résultats fournis par une période chirurgicale de dix années et demi (juin 1886 à décembre 1896). Aujourd'hui, je me propose de publier les résultats fournis par les opérations de ces trois dernières années et demi (1897, 1898, 1899 et la période de 1900 étendue de janvier à fin juillet). Cette statistique globale me paraît présenter quelque valeur, grâce à la précision des faits observés et à la possibilité de l'observation prolongée de la plupart des malades qui me sont connues ou reviennent me consulter.

« La première période (1886-1896) comprend 127 cas; la deuxième, beaucoup plus courte (1897-juillet 1900), en renferme 56, soit un chiffre total de 183 cas.

« On doit envisager successivement les résultats *opératoires* et les résultats *thérapeutiques*.

« Avec les années, grâce à une antisepsie toujours plus perfectionnée, à une meilleure technique, à un choix plus judicieux des cas, et aussi à une plus grande habitude qui fait l'habileté, le taux de la mortalité opératoire s'est singulièrement abaissé.

« Dans ma première série, la mortalité encore considérable s'élevait à 19 p. 100; dans la seconde série, elle n'est plus que de 5,35 p. 100; 3 morts sur 56 opérées. Et dans deux de ces cas, il paraissait bien difficile de ne pas courir au devant d'un désastre; une malade obèse, pesant 110 kilogr., présentait à la fois un épithélioma végétant du col et un kyste de l'ovaire qui furent extraits l'un et l'autre par la voie vaginale à travers un vagin rendu trop long par l'énorme épaisseur du périnée. L'autre malade avait dans la cavité utérine un véritable abcès enkysté qui fut probablement la source de l'infection. La troisième paraît avoir succombé à une véritable septicémie péritonéale produite par le prolapsus, dans le vagin, des anses intestinales. Cette cause d'infection n'existe plus maintenant; depuis plus de deux ans, je prends la précaution de fermer le vagin par une suture au catgut réunissant ensemble sur la ligne médiane les surfaces de section des parois vaginales antérieure et postérieure. Grâce à cette suture, la voûte vaginale se trouve reconstituée en grande partie; les pédicules vasculaires sont attirés dans le vagin au-dessous d'elle, munis de leurs pinces.

Il n'y a plus de contact avec le péritoine ni des pinces ni du tamponnement vaginal; les anses intestinales n'ont aucune tendance au prolapsus ni aux contacts anormaux; la douleur immédiate est très atténuée et les chances d'infection par la voie vaginale sont réduites au minimum. Depuis la généralisation de cette technique, les résultats de l'hystérectomie vaginale se sont beaucoup améliorés.

« En résumé, sur 56 cas, je crois en toute sincérité ne pouvoir mettre *qu'un seul* décès sur le compte direct de l'opération. Les deux cas de mort ne me semblent guère avoir pu être évités; la voie abdominale aurait créé un danger encore plus certain.

« La question de la gravité immédiate me paraît aujourd'hui jugée; cette gravité est minime et ne pourrait entrer en ligne de compte dans la discussion des indications opératoires. Le taux de la mortalité représente l'aléa de toute opération et ne dépasse pas celui des risques inhérents à toute intervention grave.

« Avant d'aborder l'étude des résultats éloignés, il me paraît nécessaire de dire que je n'opère d'une façon radicale que les cas semblant présenter des caractères favorables de guérison prolongée par la limitation des lésions encore peu avancées, au moins en apparence; l'envahissement des parois vaginales ou des tissus péri-utérins, la fixité de l'utérus, sont pour moi des contre-indications opératoires absolues.

« Passer outre ne peut entraîner qu'un danger immédiat, sans bénéfice pour l'avenir.

« Il est néanmoins nécessaire d'ajouter que la limitation exacte des lésions, soit à la partie externe du col, soit dans la cavité cervicale, ne peut donner que des présomptions sur l'état des lymphatiques péri-utérins et sur la rapidité de la récidive. Une observation répétée, paradoxale en apparence, m'a permis de constater dans un bon nombre de cas que la récidive n'était ni plus fatale ni plus rapide après l'ablation d'utérus largement ulcérés et détruits dans leur col qu'après une opération dans laquelle la lésion semblait être tout à fait au début et presque douteuse. Certains épithéliomas de l'utérus paraissent avoir une rapidité d'extension et de propagation que rien ne saurait prévenir, et dans cette propagation rapide et irrémédiable l'âge joue un rôle prépondérant, comme je l'ai déjà fait remarquer.

« De l'ensemble des faits observés on ne peut que tirer cette conclusion peu consolante, à savoir que le cancer utérin présente une malignité considérable et doit être placé à l'un des premiers rangs de l'échelle de malignité et de gravité des néoplasmes. L'analyse des faits est encore plus démonstrative que tout le reste.

« Sur les 183 malades opérées, si l'on retire le total de 28 décès opératoires, on reste au chiffre de 155 cas pouvant fournir des résultats thérapeutiques; sur ce nombre, je ne puis raisonner que sur 134 malades, les renseignements précis me faisant défaut sur 21 opérées.

« Or, sur ces 134 malades connues et suivies depuis 1886 jusqu'à ce jour, 18 seulement sont encore aujourd'hui vivantes, et parmi elles *deux* sont

atteintes de récidive, l'une arrivée à la période cachectique et presque mourante, opérée depuis trois ans et quatre mois, l'autre moins avancée, opérée depuis deux ans et huit mois.

« 16 sont actuellement en bon état et en apparence de guérison; l'une opérée depuis mars 1888, c'est-à-dire depuis douze ans et cinq mois (cas sur lequel je fais des réserves au point de vue histologique);

« 1 opérée en mai 1896, depuis quatre ans et trois mois;

« 4 opérées depuis 1897, depuis trois ans et demi, trois ans et trois mois, trois ans et un mois (2 cas).

« 4 cas en 1898, deux ans et sept mois.
— deux ans et un mois.
— vingt mois.
— dix-neuf mois.

« 3 cas en 1899, un an et un mois.
— dix mois.
— 8 mois.

« 5 cas en 1900, depuis le commencement de cette année jusqu'à ces jours derniers.

« Pour obtenir une notion exacte sur la durée moyenne de la survie et sur la survie la plus prolongée, il est nécessaire d'entrer dans le détail des chiffres de la statistique; j'ai fait ce travail pour le Congrès, que je ne veux accabler ni de chiffres ni de dates. D'après ce dépouillement, la survie moyenne après l'opération est de deux ans, la survie la plus prolongée est de six ans.

« Y a-t-il des opérateurs plus heureux et des opérations plus efficaces? Je le souhaite de tout cœur pour le bien des malades et l'honneur de la chirurgie. »

M. le Dr A. Boursier (de Bordeaux) pense que *les opérations radicales du cancer utérin ont une gravité opératoire très variable.* Hystérectomie abdominale, environ 17 p. 100; vaginale, 8,30 p. 100 (Thèse Belbœuf, Paris, juillet, 1900). Cependant la voie abdominale tend à être préférée à cause de certains avantages tels que l'*ablation des ganglions* et la *possibilité d'opérations plus larges*. L'adénopathie ganglionnaire est au moins inconstante; sur 11 faits d'hystérectomie abdominale dont 4 personnels, 2 de Chavannaz (de Bordeaux), 5 de Dubourg (de Bordeaux), les chirurgiens n'ont ni vu ni enlevé de ganglions malades. Cependant une malade de Dubourg est encore sans récidive après quatre ans. Dans le cas d'adénopathie, ou bien elle est très limitée et l'enlèvement est possible, ou bien, dans les cas de lésions très étendues, l'ablation complète reste souvent impossible. Enfin il existe des ganglions inflammatoires.

L'opération plus large est un avantage réel de la voie haute, mais il est très difficile de tracer les limites des cas opératoires. On est d'accord pour opérer par la voie haute les cas limités absolument à l'utérus, mais c'est là aussi que la voie vaginale donne les plus beaux succès.

On est d'accord aujourd'hui pour considérer comme inopérables les cas à infection viscérale secondaire et à adénopathie très étendue.

La discussion porte sur les cas moyens : lésions encore limitées, ayant dépassé le col utérine à mobilité diminuée. Il est impossible actuellement de donner une limite exacte à l'acte opératoire — la clinique ne fournit pas à l'auteur les éléments précis.

La voie abdominale reconnaît comme indications spéciales : étroitesse vaginale, friabilité du col, absence du col après amputation préalable.

L'hystérectomie vaginale peut être conservée pour les cas récents et très limités. Ceux de la voie haute, d'ailleurs, donnent les meilleurs résultats : elle doit être aussi gardée pour les *femmes très grasses* ou les *malades âgées de plus de cinquante-cinq ans.*

Sur 25 hystérectomies vaginales pour cancer, l'auteur a eu trois morts opératoires.

Sur les 22 guéries, 2 seulement sont actuellement sans récidive quatre ans et cinq ans après leur opération.

Dans les cas dits inopérables, le curettage palliatif, facile et qu'on peut répéter, est une opération avantageuse qu'il ne faut pas abandonner.

M. le Dr L. Faure (de Paris) est plus que jamais partisan de l'*hystérectomie abdominale totale dans le cancer utérin.* Plus que jamais aussi il conseille, si l'on veut s'épargner beaucoup de difficultés, de pratiquer la ligature temporaire ou définitive des hypogastriques, qui permet de gagner du temps, d'économiser du sang, et surtout de faire une bonne dissection du bassin. Plus que jamais, enfin, il conseille de pratiquer l'hystérectomie par hémisection utérine, qui lui a toujours paru ainsi plus facile et moins grave que par les autres procédés.

L'auteur a actuellement 2 malades chez lesquelles les résultats obtenus ont dépassé toutes ses espérances.

Chez l'une, opérée depuis seize mois, il a enlevé avec l'utérus la partie supérieure du vagin et disséqué l'uretère droit. Elle est actuellement dans un état parfait.

Chez l'autre, opérée depuis vingt-deux mois, l'opération a été beaucoup plus étendue; il a disséqué les deux uretères sur une longueur de 10 centimètres, mis à nu les vaisseaux hypogastriques des deux côtés, enlevé la partie supérieure du vagin, le tissu cellulaire du ligament large et des ganglions pelviens envahis, siégeant au niveau de la bifurcation des iliaques. Au cours de l'opération il regrettait presque de l'avoir entreprise et il croyait la malade, déjà cachectique, vouée peut-être à la mort et certainement à une récidive immédiate. Il y a vingt-deux mois de cela et aujourd'hui elle est dans un état de santé florissant, pèse davantage qu'à aucune époque de son existence et ne présente aucune trace de récidive, ni dans le vagin ni ailleurs.

Après avoir vu des cas semblables, il est impossible, bien qu'elle soit certainement plus grave, de ne pas reconnaître la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale. Devant le cancer, la gravité opératoire disparaît et l'opération la meilleure n'est pas celle qui donne les moins grandes

chances de mort, mais bien celle qui donne les plus grandes chances de guérison.

M. le Pr Snegureff (de Moscou) dit que l'inopérabilité tient à la propagation du cancer à la vessie, à l'intestin, au tissu cellulaire : ce qui se manifeste par l'immobilité des organes; il faudrait que les malades se présentassent plus tôt ou qu'on élaborât des procédés opératoires qui permettraient d'enlever les organes infiltrés et le tissu cellulaire du bassin. Pour ce faire, l'auteur a tâché de profiter du canal cellulaire qui entoure l'uretère, et qui permet de suivre ce conduit depuis la bifurcation des grands vaisseaux pelviens jusqu'à son embouchure dans la vessie. Il suffit pour cela d'introduire l'index, par une petite incision du péritoine pariétal, de suivre l'uretère en pénétrant dans la base même du ligament large, et de détacher les adhérences latérales de ce conduit. Si on relève la base du ligament large, on peut saisir les ganglions qui entourent l'artère utérine, aussi bien que ceux qui accompagnent les plexus pampiniformes. Pour rendre mobile la vessie, on n'a qu'à introduire le doigt dans l'espace de Retzius, et pour extirper les ligaments utéro-sacrés, il faut détacher postérieurement le péritoine. Tout cela permet de mobiliser tous les organes pelviens qu'on peut attirer en dehors de la cavité abdominale. L'application de cette méthode permet donc : de lier les deux utérines, d'extirper le tissu cellulaire des ligaments larges, de mobiliser l'utérus et le rectum.

L'auteur n'a encore que deux cas opérés par lui avec cette méthode. Ces deux cas lui ont donné des résultats favorables. Dans un de ces cas, il lui est arrivé de léser un uretère qu'il parvint facilement d'ailleurs à implanter dans la vessie, ce qui n'amena aucune complication.

M. le Dr F. Bowreman Jessett (de Londres) attire l'attention sur l'importance du *diagnostic précoce* pour le succès de toute opération chirurgicale, et espère que les médecins et les accoucheurs viendront en aide au chirurgien en lui envoyant leurs cas le plus tôt possible; de ce point dépend la réussite ou la non réussite de l'opération. M. Jessett considère qu'un cas est opérable quand le mal est limité à l'orifice, au col ou au corps, et que l'utérus est toujours mobile entre les ligaments larges encore sains. Dans ces cas, il pense que l'opération peut être pratiquée avec toutes chances de succès. Mais si le mal a envahi les ligaments larges ou si les parois vaginales ont été infectées, l'opération ne doit pas, selon lui, être tentée. Sa statisque personnelle porte sur 150 cas, pour lesquels il a toujours employé la voie vaginale, parce que cette méthode avait toujours donné une mortalité moindre que celle donnée par la méthode abdominale. Mais si l'infection dépasse l'utérus, l'auteur préconise la voie abdominale, et si le museau de tanche et le col sont atteints, il les enlève par le cautère par la voie vaginale. Il ne suture jamais le péritoine, mais réunit les deux lèvres de la plaie péritonéale avec une pince, et l'entoure de gaze.

M. le Prof. Mangiagalli (Pavie) dit qu'en douze ans il a opéré 127 cas de cancer : il a eu 12 morts (8 p. 100). Les résultats éloignés sont les suivants:

il a eu 19 cas sans récidive entre deux et trois ans; 9 cas sans récidive entre trois et quatre ans; 4 cas entre quatre et cinq ans; 2 cas entre cinq et six ans; 2 cas sont sans récidive depuis huit ans. L'auteur a employé pour ses malades, soit l'hystérectomie vaginale, avec les ligatures à la soie ou avec le pincement, soit l'hystérectomie abdominale. Il pense que la méthode opératoire n'a pas d'influence sur les suites. L'hystérectomie abdominale est dangereuse et n'a pas tenu ses promesses; elle permet d'enlever les ganglions, mais tous ne sont pas cancéreux; enfin dans tous les cas il a vu la récidive survenir. En somme, le pronostic n'est pas basé sur la voie employée, mais sur la précocité du diagnostic.

M. le Dr Calderini (de Bologne), sur 150 cas de cancer de l'utérus observés par lui avant 1894, rencontra 8 fois le cancer du corps utérin. Une femme refusa l'opération et succomba à la maladie; parmi les 7 qui ont été opérées par l'hystérectomie vaginale totale, 3 succombèrent par suite de récidive, 1 à la suite de l'opération.

L'auteur donne l'histoire des 3 femmes qui ont survécu et qui sont encore vivantes; il présente 3 planches anatomo-pathologiques concernant ces 3 malades : elles étaient atteintes d'adénome du corps de l'utérus sur le point de se transformer en carcinome. Le diagnostic fut fait au moyen de l'examen microscopique et le traitement au moyen de l'hystérectomie vaginale totale; depuis l'époque de l'opération, sept à neuf ans se sont écoulés. L'auteur termine en conseillant, dans l'âge avancé, de racler les débris suspects, de les examiner, et d'enlever l'utérus, même si on n'est porté qu'à faire le diagnostic d'adénome.

M. le Dr Reynier (de Paris). — «Si la statistique personnelle de M. G. Richelot et de M. Dmitri de Ott sont très encourageantes, dit l'orateur, et justifient leur plaidoyer en faveur de l'hystérectomie vaginale dans le cancer, malheureusement ma statistique ne m'a pas donné les mêmes encouragements; sur 52 hystérectomies vaginales je n'ai eu qu'une malade chez laquelle la récidive s'est fait attendre cinq ans et pour presque tous ces cas c'est après dix-huit mois, deux ans que j'ai vu la récidive. J'ai le souvenir de ces malades, chez lesquelles je me suis trouvé en présence d'utérus qui ne s'abaissaient pas, qui étaient friables et que je remettais dans leur lit avec une opération incomplète. Ce sont ces accidents opératoires, ces résultats à brève échéance qui m'ont fait depuis deux ans abandonner la voie vaginale pour la voie abdominale.

« Celle-ci permet en effet de faire une opération plus complète, permet de remédier mieux aux accidents qui peuvent survenir, tels que la lésion vésicale, lorsque la vessie est prise sur un point limité. Mais ce n'est pas seulement pour l'ablation des ganglions que la voie abdominale peut être bonne, mais parce qu'elle permet d'enlever plus largement les culs-de-sac et le tissu cellulaire qui les double, lieu où toujours se produit la récidive, comme dans le cancer du sein c'est l'aponévrose du pectoral qui est le siège de cette récidive.

« Je reconnais le danger de la voie haute. Mais je fais remarquer que quand il s'agit de cancer, maladie qui ne pardonne pas, on ne doit pas craindre de faire une opération plus dangereuse si elle offre plus d'espoir pour l'avenir.

« Malheureusement il n'y a pas assez longtemps que ces opérations se font. Cependant, sur 18 cas, j'ai 2 malades qui n'ont pas, au bout de deux ans, eu encore de récidive.

« Sur ces 18 malades, j'ai eu 5 morts; la statistique n'est pas brillante, mais je fais remarquer qu'on opère les malades pour lesquelles l'hystérectomie vaginale ne pouvait se pratiquer.

« Cette statistique du début peut s'améliorer et la preuve est que sur ces 6 derniers cas que j'ai opérés, je n'ai qu'une mort.

« Je mets cette amélioration sur le compte de cette précaution que je prends maintenant, l'ablation de l'utérus faite, de cloisonner la cavité abdominale par l'application du péritoine vésical contre le rectum. Je draine l'abdomen au-dessus de cette cloison par un drain et au-dessous de cette cloison je place un tampon qui sort du vagin. Ainsi je place au dessous de la cloison les veines rectales qui saignent et dont le sang s'écoulant par le vagin, ne peut pas, dans l'abdomen, créer un milieu favorable à l'infection. »

M. le Dr Legueu (de Paris) a absolument renoncé à la pratique de l'*hystérectomie vaginale*. Il a pratiqué autrefois 12 fois cette opération avec 12 guérisons opératoires; mais toutes ses malades ont récidivé. Il a pratiqué 10 hystérectomies abdominales, avec 4 morts et 6 guérisons; la plupart de ses malades ont récidivé, mais il s'agissait le plus souvent de cas extrêmement avancés. L'auteur faisait au début la ligature des artères hypogastriques avant l'hystérectomie abdominale, mais il trouve que ces ligatures n'assurent nullement l'hémostase, et qu'au point de vue de la récidive, elles n'ajoutent ni n'empêchent rien. Il fait l'évidement le plus complet possible, il enlève l'utérus sans le morceler, puis les ligaments larges, les ganglions; il sectionne le vagin au-dessus de son insertion au col et très bas, puis il dissèque les uretères.

Dans un cas l'auteur a trouvé de la pyométrie; c'est là une complication qui doit être traitée à l'avance. Les résultats éloignés ont été mauvais, la récidive ayant été constante. En présence de ces résultats, il n'opère plus les cancers étendus, il opère encore, par la voie abdominale, les cancers propagés qui n'ont infiltré que peu le tissu cellulaire. Enfin, dans une troisième série, il y a les cancers limités; ce sont ceux-là qui, opérés par l'abdomen, donneront les meilleurs résultats. C'est en se restreignant à ces cas récents que l'on arrivera à avoir une longue période de temps sans récidive. Ces cas limités avaient fait le triomphe de l'hystérectomie vaginale, mais l'auteur a rencontré un cas où le noyau cancéreux était petit et où à l'opération on a trouvé des masses cancéreuses très étendues. C'est pourquoi il préfère la voie qui permettra d'atteindre et de dépasser tout le foyer.

M. Henri Poney (de Montevideo) montre le bénéfice que les malades atteintes de cancer de l'utérus retirent de l'*hystérectomie*; ce bénéfice n'est malheureusement qu'illusoire, et sauf quelques cas rares, la récidive est, tôt ou tard, la règle, quelle que soit la voie employée, abdominale ou vaginale. L'orateur rapporte quelques observations personnelles qui l'ont convaincu des avantages que retirent les malades des ablations larges; dans un premier cas, il a dû disséquer l'uretère gauche engainé par une gangue néoplasique, et la récidive ne survint qu'au bout d'un an; dans un second cas, une amélioration notable a persisté pendant deux ans; une troisième malade, opérée par le vagin il y a 5 ans, pour un carcinome de la grosseur d'une noix, débutant dans la muqueuse cervicale, reste actuellement guérie; dans un quatrième cas très intéressant, une malade est restée guérie vingt-six mois, malgré son mauvais état général au moment de l'opération; elle était glycosurique, albuminurique et atteinte de congestion pulmonaire. Enfin, l'auteur cite l'exemple d'une malade grosse de quatre mois, qui fut opérée par la voie vaginale, et qui actuellement, dix-huit mois après l'opération, est guérie.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

Deuxième Journée : 4 Aout 1900. — *Séance du Matin.*

M. le Dr S. Pozzi préside; puis c'est M. le Professeur Winckel (de Munich), président d'honneur de la séance, qui prend la présidence; enfin M. le Professeur Martin (de Greifswald).

La séance est ouverte à neuf heures quarante-cinq.

La parole est à M. le Dr Spinelli (de Naples) pour la *suite de la discussion sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus.*

M. le Dr Spinelli dit qu'il a été jusqu'à présent partisan de l'hystérectomie vaginale, mais il ne refuserait pas d'expérimenter la voie abdominale parce qu'elle donne aujourd'hui des bons résultats, l'opération étant mieux réglée. Il pense que les deux procédés se valent comme danger opératoire; il ne faut donc pas rejeter la voie abdominale, qui a l'avantage de permettre une opération plus complète sur les annexes, et d'être plus sûre au point de vue de la prophylaxie chirurgicale, l'auteur étant convaincu que le cancer de l'utérus est une maladie parasitaire et contagieuse. La préoccupation du danger des greffes possibles au cours de l'opération avait conduit l'orateur à faire une opération complémentaire à l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire la colpectomie haute, la résection du tiers supérieur du vagin, et, dans certains cas, de toute la paroi antérieure ou postérieure du vagin. L'auteur a employé cette opération complémentaire pour tous les cas de cancer du col, de plus il a abandonné la forcipressure permanente, préférant l'hémostase par des ligatures isolées des vaisseaux de haut en bas, partant d'un point éloigné de l'utérus.

L'auteur revendique pour lui la paternité de la colpectomie haute, tout en reconnaissant à M. Richelot l'idée première. L'opération doit se composer de deux temps.

1° Amputation du col par le vagin; 2° Hystérectomie et colpectomie haute par voie abdominale.

L'auteur passe à sa statistique : sur 1500 cas de cancer de l'utérus, dans 70 cas l'opération radicale était indiquée, dans les autres cas le processus était déjà trop avancé. Sur ces 70 cas, 41 femmes seulement ont accepté l'opération qu'on leur proposait. Les résultats opératoires lui ont donné une mort chez une femme cardiaque avec insuffisance rénale, tumeur de la rate due à la malaria chronique; une seconde femme est morte d'accidents opératoires, la malade présentant en plus des fibro-myomes de l'utérus.

Les résultats éloignés sont les suivants :

Une femme guérie sans reproduction du néoplasme depuis quatre ans et demi;

Une femme depuis quatre ans;

Une femme depuis trois ans et neuf mois;

Une femme depuis trois ans et quatre mois.

De plus, 6 femmes survivent, mais le néoplasme s'est reproduit; toutes les autres sont mortes à la suite de récidive du cancer.

L'auteur aurait donc une statistique de guérison de 8,9 p. 100.

Il conclut en disant qu'on doit compter sur la guérison chirurgicale du cancer de l'utérus, et il fait le vœu que de ce Congrès puisse sortir l'affirmation explicite de la curabilité opératoire du cancer, pour qu'on puisse propager dans les familles la terreur pour le cancer, et la nécessité de se soumettre à un examen local pour le plus petit trouble de la zone génitale, afin de permettre une prompte intervention qui sera plus efficace.

Pour ces raisons il présente l'ordre du jour suivant :

« La Section de Gynécologie du XIIIe Congrès International de Médecine, réunie à Paris du 2 au 9 août 1900, tout en pensant que la question de la voie à suivre pour l'hystérectomie vaginale ou abdominale est encore sujette à discussion, affirme cependant la *curabilité chirurgicale* du cancer de l'utérus ». Ce qui est approuvé par acclamation.

Puis vient une série de communications sur des questions diverses.

M. le Prof. V. Sneguireff (de Moscou). — *Tendons de renne comme matériaux de suture en chirurgie.*

I. Les fils préparés du ligament jaune de renne (*Rengifer tarandus*) sont constitués surtout par du tissu conjonctif. Ils sont élastiques et leur capillarité est deux fois moindre que celle du catgut.

II. A l'état sec et préparé, ils sont très résistants et très commodes pour la pratique des sutures chirurgicales.

III. Ces fils se résorbent complètement, ce qui a été démontré sur les animaux par l'examen microscopique et par les observations cliniques.

IV. La stérilisation la plus parfaite des fils tendineux s'obtient plus aisément à l'aide du sublimé et de l'huile de genièvre.

V. Les résultats obtenus dans les expériences sur ces animaux et dans

les opérations sur l'homme ont démontré leur solidité, leur complète résorption et l'absence de suppuration.

VI. Ces fils peuvent être employés comme matériaux de suture dans les opérations les plus variées et sur toutes sortes de tissus.

VII. La solidité et la stérilité des fils tendineux ont été démontrées sur 300 laparotomies simples et compliquées (suppuration).

VIII. Les autopsies ont démontré également leur stérilité.

IX. On n'a jamais observé que les fils tendineux aient été la cause de l'infection ou d'une hémorragie secondaire grâce à leur résorption prématurée accidentelle.

X. Leur avantage essentiel est de ne jamais provoquer d'infiltrations prolongées (après laparotomies) ni la formation de fistules.

XI. Ils peuvent être recommandés surtout dans les opérations cavitaires.

M. le Dr Goubaroff (de Moscou) présente les fils et montre les éprouvettes destinées à les conserver et à les maintenir stériles.

Mme le Dr Cl. O. Stroganoff (de Saint-Pétersbourg). — *Sur les rapports anatomiques de l'œuf avec la paroi de la trompe gravide.*

I. Le chorion affecte avec la trompe des rapports qui diffèrent de ceux qu'il a avec la paroi utérine.

II. Dès la période la plus récente de la gravidité, les produits du revêtement des villosités choriales pénètrent, de même que les villosités choriales elles-mêmes, profondément dans la paroi de la trompe.

III. Dans la gravidité tubaire, on constate la présence des villosités choriales parmi les faisceaux musculaires, d'une façon assez constante.

IV. L'infiltration de la couche musculaire par les cellules du revêtement des villosités choriales et la pénétration de celles-ci dans son intérieur amènent fatalement l'affaiblissement et la destruction de la paroi tubaire.

V. Les villosités choriales et leurs produits jouent, par le fait de leur pénétration à travers la paroi tubaire, un rôle assez important dans la pathogénie des ruptures de la trompe gravide.

VI. La rupture de la trompe gravide a en réalité lieu beaucoup plus souvent qu'on ne l'admet actuellement.

VII. Les hémorragies internes sont le plus souvent occasionnées par la rupture de la trompe; plus rarement elles sont causées par ce qu'on appelle l'avortement tubaire, quand le sang s'écoule à travers l'orifice abdominal de la trompe.

Discussion.

M. le Dr Strassmann (de Berlin) parle de la *pathogénie de la grossesse extra-utérine.* — Il expose sommairement la question de la fécondation chez les mammifères et chez la femme, et il montre que chaque grossesse ordinaire commence par une grossesse extra-utérine; celle-ci consiste dans l'arrêt de la migration de l'œuf fécondé et dans sa greffe au niveau de la trompe. La cause de cet arrêt de migration est un obstacle créé soit par une tumeur,

soit par une coudure de la trompe, due le plus souvent à une périmétrite, celle-ci étant causée le plus fréquemment par la blennorragie, soit par un myome de la trompe, soit par un processus inflammatoire ayant détruit les cils vibratils; souvent la grossesse extra-utérine est due à une salpingite gonorrhéique, surtout si une partie de la muqueuse est restée saine, permettant à l'œuf de s'y implanter. Les trompes infantiles peuvent être également la cause de la grossesse extra-utérine, mais cette cause est rare.

M. le Prof. A. Boursier (de Bordeaux). — *Des kystes hydatiques du ligament large* : « La rareté des kystes hydatiques des ligaments larges nous engage à en apporter deux cas inédits dont l'un m'est personnel, et l'autre appartient à mon collègue et ami Pousson. Les kystes hydatiques du bassin sont connus depuis le mémoire de Charcot (1852) basé sur 12 observations. Déjà Davaine, en 1860, en avait réuni 27 cas. Freund (1885) en fait connaître de nouveaux, et Lavigne Sainte-Suzanne (thèse de Bordeaux, 1893) en rassemble 86 cas. A partir de ce moment les travaux se spécialisent. Dumigny (thèse de Paris, 1894) étudie les *kystes hydatiques de la cavité de Douglas chez la femme*; Le Nadan (thèse de Bordeaux, 1896) les kystes hydatiques de l'ovaire. Tuffier avait étudié spécialement le *traitement des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme* (Congrès de Chirurgie, 1891). Enfin Lemonnier consacre sa thèse (Paris, 1896) aux *kystes hydatiques du ligament large*.

Après discussion, Lemonnier n'accepte comme réelles que trois observations : celles de Schatz (1876), de Pinard (1888) et de Walther (1896). Nous y ajouterons celles de Guinard (Soc. anatom., 1881), d'Annie Clark, rapportées par Lawson Tait, et nos deux cas inédits. On peut diviser ces observations en deux groupes : dans le premier sont les faits de kystes hydatiques multiples de l'abdomen, dont l'un siégeait dans le ligament large (cas de Pinard et de Guinard); dans le second groupe se rangent les kystes hydatiques uniques du ligament large (faits de Schatz, Walther, Annie Clark), et nos deux cas personnels que voici. »

Observation I (Boursier). — « B., petite, bossue, quarante-sept ans, ayant eu 6 grossesses, dont cinq accouchements à terme. A la suite un peu de métrite, et dès 1890, des signes de prolapsus au début avec quelques troubles urinaires. En 1898, après sa ménopause, Mme B. éprouve des douleurs vives dans les parties inférieures du flanc gauche et dans les reins. Exaspérées d'abord par la marche et la fatigue, ces douleurs deviennent continues et troublent le sommeil. Elles amènent la malade à la consultation gynécologique de la Faculté, puis à l'hôpital. Nous trouvons à l'examen une tumeur lisse, arrondie, située dans la partie inférieure gauche du ventre et dans le bassin, élastique et rénitente, elle refoule à droite et en arrière l'utérus qui reste indépendant. Elle est peu mobile, un peu versible. On diagnostique un kyste inclus du ligament large. A l'opération (10 octobre 1899) par la laparotomie, on trouve une tumeur kystique incluse dans le ligament large, mais pendant la décortication, la poche se rompt, laisse écouler environ 500 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche, et une membrane blanche amorphe, manifestement hydatique. La décortica-

tion est très facile. Les suites opératoires des plus simples. La malade quitte l'hôpital guérie, le 10 octobre 1899. L'examen histologique fait par Sabrazès au laboratoire des Cliniques, confirme la nature hydatique de la tumeur. »

Observation II (Pousson). — « Femme de trente-trois ans qui entre dans le service de Pousson en novembre 1899 pour des rétentions d'urine répétées. Elle a eu cinq enfants. Depuis 1893 elle a eu à plusieurs reprises des accidents de rétention urinaire, toujours terminés spontanément sans cathétérisme. En août 1899, elle est reprise de rétention, et depuis est obligée de se sonder. A son entrée à l'hôpital on constate un ventre saillant, et une tumeur arrondie proéminant au-dessus du pubis et plongeant dans le bassin, ignorée de la malade. Au toucher, cette tumeur, très consistante, grosse comme une tête fœtale, est située dans le cul-de-sac antérieur, refoulant en arrière l'utérus auquel elle semble adhérer et transmettre ses mouvements. On diagnostique un fibrome utérin.

« Au moment de faire la laparotomie, la malade étant renversée, la tumeur quitte le bassin et remonte vers l'abdomen; on voit alors qu'elle est nettement distincte de l'utérus. Le ventre ouvert, on trouve un kyste pédiculé attenant au ligament large gauche. Le kyste enlevé, la malade guérit sans incidents, sauf une certaine lenteur à recouvrer la miction normale. La tumeur contenait une paroi blanche, amorphe, un liquide absolument clair. Il s'agit d'un kyste hydatique.

« Il est très difficile de faire avec si peu de cas l'histoire clinique de ces kystes hydatiques. On voit cependant qu'ils présentent des *signes fonctionnels* consistant surtout en *douleurs* et en *troubles de compression*, et des signes physiques. Les *douleurs*, de force, d'intensité, de siège variables, s'irradient dans le flanc, les lombes, les cuisses; elles reviennent par crises ou sont continues. Les *troubles de compression* portent surtout sur les organes urinaires; miction douloureuse, dysurie, pollakiurie, incontinence ou rétention (Pousson). Dans un cas on a noté des crises d'urticaire (Walther).

« Les signes physiques sont à peu près ceux des kystes du ligament large, de volume, de consistance et de sensibilité variables. Le diagnostic est ordinairement méconnu; ils ont été pris pour des kystes du ligament large ou un fibrome (Pousson). Le traitement de choix est l'extirpation quand elle est possible (Walther, Boursier, Pousson), ou la marsupialisation avec drainage dans le cas contraire (Annie Clark). La ponction simple ou avec injection antiseptique a été suivie d'accidents graves. »

M. le Prof. Winckel (de Munich). — *L'importance gynécologique des capsules surrénales.*

L'auteur pense que, quoique l'importance des capsules surrénales n'ait pas encore été établie d'une façon certaine, ces dernières semblent toutefois jouer, chez le fœtus, un rôle assez important; souvent il y a des anomalies dans leur formation, leur position ou leur nutrition; une capsule surrénale peut faire défaut, mais il y a alors une hypertrophie compensatrice intra-utérine des deux capsules; l'atrophie complète des deux

capsules peut se produire en cas de formation incomplète du cerveau et de la moelle épinière; dans ce cas, on peut aussi trouver une hypertrophie des deux capsules. Quant aux néoplasmes, ils sont rares pendant la période fœtale, mais il n'en est plus de même pendant l'enfance, ou plus tard; on les a dénommés « hypernéphromes », et on rencontre toutes les variétés de tumeurs, bénignes et malignes. L'auteur cite 7 cas de sarcomes chez les jeunes filles; sur 11 opérés de Robson, il y avait 10 sarcomes, dont 8 furent des femmes; sur 36 tumeurs malignes, Roger Williams trouve plus d'un tiers dans l'enfance et la jeunesse. Quant aux tumeurs strumeuses, Brüchanow les considère comme l'apanage d'un âge plus avancé (à partir de la quarantaine). M. Winckel aborde ensuite l'étude des symptômes; Kamsay, dans sa statistique, sur 37 cas, trouva seulement 3 cas de coloration bronzée, 9 cas de décoloration de la peau, 2 cas de très grand développement des poils sur tout le corps, et 2 cas chez les enfants. On peut confondre les tumeurs des capsules surrénales avec des tumeurs de l'ovaire, des reins ou de la vésicule biliaire; avec des échinocoques du foie et avec des kystes du pancréas. L'ablation au moyen d'une opération est le seul traitement possible. Sur 18 affligés de strumes qui ont été opérés, il en est mort 5 (22,7 p. 100) et 4 ont récidivé (22,2 p. 100). L'opération reste sans influence sur la conception et la grossesse, qui ont lieu, après comme avant, sans le moindre trouble.

M. le Dr J. Vitrac (de Bordeaux). — *Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la fistule vésico-vaginale.*

« Dans de nombreuses expériences, j'ai cherché à fixer le rôle joué par les diverses positions du corps dans l'écoulement des urines à travers l'orifice de la vessie fistuleuse.

« Dans les cas les plus fréquents (fistule de la zone vaginale de la vessie), le décubitus dorsal a pour conséquence l'issue totale, ou presque totale, de l'urine; le décubitus latéral permet une continence plus marquée; le décubitus ventral est la position la plus favorable. Pour le Dr Vitrac, en effet, une malade atteinte de fistule vésico-vaginale se trouve dans des conditions semblables à celles d'une malade opérée de taille hypogastrique et maintenue couchée sur le dos : or, on le sait, la plaie sus-pubienne guérit alors avec une surprenante facilité.

« Théoriquement, il est donc illogique d'employer le décubitus dorsal; le décubitus ventral est au contraire indiqué dans tous les cas de : *a*. fistule vésico-vaginale petite, récente, et qu'on veut guérir sans opération; *b*. fistule vésico-vaginale qui vient d'être opérée.

« Pratiquement le décubitus ventral a donné un beau cas de guérison sans opération. Je ne l'ai employé et vu employer après opération que dans des cas très défavorables, qui ont cependant donné des résultats encourageants. Il serait nécessaire avant l'opération d'habituer peu à peu les malades à garder cette position.

« Le décubitus latéral est théoriquement moins utile; pratiquement il est d'un emploi plus simple que le décubitus ventral. A coup sûr il doit être préféré au décubitus dorsal.

« La suspension de la paroi vaginale de la vessie à la paroi rectale du vagin peut être utilement ajoutée au décubitus ventral comme moyen de soustraire la fistule, ouverte ou suturée, au contact et à la pression des urines. »

M. le Dr F. Jayle (de Paris). — *Sur une nouvelle position gynécologique.*

« La position dorso-sacrée déclive, connue sous le nom de position de Trendelenburg, parce que ce chirurgien en a bien montré les avantages, a été sans doute utilisée depuis longtemps. Scultet, par exemple, l'a recommandée et figurée avant 1645. Dans l'examen gynécologique, la déclivité a été utilisée sous chloroforme par Freund, et à l'état de veille, elle a été recommandée par Mendès de Léon, par Stroynowski, par Beuttner et par moi. Ce n'est pas sur la position déclive simple que j'attire aujourd'hui l'attention : c'est sur une de ses dérivées. La position que je recommande a peut-être été déjà utilisée ; cependant je n'ai pas trouvé de figuration s'y rapportant, et elle n'était pas, en tout cas, utilisée à Paris en 1897, lorsque je commençais à y avoir recours.

« Cette position consiste dans la combinaison de la position ordinaire du spéculum ou de la taille, et de la position dorso-sacrée déclive. Pour obtenir cette position, il suffit d'avoir une table à bascule, munie d'un système d'épaulières qui permet de maintenir la malade en déclive, sans attacher les membres inférieurs, qui restent libres.

« On peut recourir à cette position, soit pour l'examen, soit pour les opérations. La déclivité a l'avantage de rejeter le paquet intestinal sur le diaphragme, de déterminer dans le vagin, devenu presque vertical, un appel d'air qui le dilate, enfin de tendre la paroi vaginale antérieure. Il en résulte : 1° que l'exploration des annexes et surtout de l'utérus est grandement facilitée; 2° que l'introduction du spéculum est extrêmement facile; 3° que l'exploration des parois vaginales est aisée : il suffit de déprimer le périnée, soit avec le doigt, soit avec une valve, pour bien voir la paroi antérieure toujours, le col souvent. En s'aidant du doigt ou d'une tige quelconque qui relève la paroi antérieure, on arrive facilement à voir le col et le cul-de-sac postérieur, dans les cas où d'emblée on ne les a pas vus.

« Au point de vue opératoire, on utilise exclusivement la position déclive combinée à la position de la taille. Il faut mettre la malade seulement en demi-déclivité. La plupart des interventions vaginales deviennent ainsi plus faciles, à mon avis. On opère debout, et l'accès du vagin est aisé. La paroi antérieure se tend et avec une valve à poids on déprime le périnée. Il n'est ainsi besoin d'aucun aide pour tenir les valves.

« J'ai pratiqué dans cette position toutes les opérations vaginales et j'y trouve de grands avantages; mais j'attire plus particulièrement l'attention sur l'utilité qu'elle présente dans la cure des fistules vésico-vaginales. »

M. le Dr La Torre (de Rome). — *De la malignité de la môle hydatiforme.*

L'auteur aborde d'abord la question de l'étiologie; il y a évidemment une grande affinité entre la môle hydatiforme et le déciduome malin;

d'après des statistiques, plusieurs cas de môles hydatiformes se terminent par un déciduome. L'anatomie pathologique démontre d'une façon même plus éclatante cette analogie; la môle hydatiforme est caractérisée par une dégénérescence des villosités choriales dont les deux couches de revêtement peuvent proliférer et former une tumeur épithéliale maligne; s'il reste encore quelques débris dans l'utérus, ils peuvent proliférer et donner naissance à un déciduome; toute malade donc, ayant expulsé une môle hydatiforme, doit être surveillée avec soin. Le pronostic est sérieux; la mort peut être causée par l'hémorragie ou par l'ulcération de la paroi utérine et la mise à nu des sinus au moment de l'expulsion ou l'extraction de la môle; la mortalité est, d'après Hirtzmann, de 13 p. 100; cependant, il faut en outre craindre la mortalité éloignée, par suite de la transformation de la môle en déciduome, il y a donc deux sortes de môle : la maligne, où les couches de revêtement des villosités prolifèrent, et la bénigne, où elles ne prolifèrent pas.

L'auteur termine en rapportant 3 cas personnels où les résultats heureux lui font croire que la môle hydatiforme reste bénigne plus souvent qu'on ne le pense; il a fait une enquête sur ce point, et est d'avis que, s'il faut surveiller avec soin une malade ayant expulsé une môle hydatiforme, il ne faut pas cependant immédiatement extirper l'utérus sans indication précise et claire.

M. le Dr A. Moutier (de Paris). — *Méthode électrique pour le traitement des fibromes utérins par la décharge d'un condensateur de courants continus.*

Cette méthode assure la guérison symptomatique, fait disparaître les hémorragies et douleurs, et sans faire disparaître la tumeur, en arrête le développement; elle a un grand avantage sur les autres méthodes, c'est qu'elle est aussi efficace et ne présente aucun danger comme la méthode électrolytique d'Apostoli, attendu qu'il n'y a pas d'électrolyse, c'est-à-dire de plaie, ni même d'introduction d'électrode dans la cavité utérine.

M. le Dr Legros (de Paris). — *Nouveau mode de pansements vaginaux et périutérins au moyen des péricols.*

Les péricols sont des discoïdes, à base de glycérine solidifiée par la gélatine, qui, grâce à leur légère courbure, s'introduisent avec la plus grande facilité dans le vagin et s'adaptent mécaniquement autour de l'isthme du col de l'utérus. Ces péricols contiennent, suivant l'indication du médecin, des substances médicamenteuses variées, dont les plus habituellement employées sont l'ichthyol, l'iodure de potassium, l'extrait de belladone, etc. Avec les tampons de ouate, imbibée de glycérine, le spéculum est indispensable pour faire un pansement bien conditionné. Possible dans un service hospitalier, ce tamponnement n'est nullement pratique dans la clientèle de ville. Tandis qu'au moyen des péricols les malades peuvent se panser elles-mêmes. Les péricols ont sur les ovules, actuellement en vogue, le grand avantage de s'appliquer exactement dans la zone enflammée où serpentent les plexus sanguins et lymphatiques et où se

rencontrent les adénites. C'est, en effet, au niveau de l'isthme, dans les culs-de-sac latéraux, et dans les plis de Douglas, que se manifestent les signes de l'adénolymphite, compagne inséparable de toute métrite. Au demeurant, avec les ovules, le pansement vaginal est seul possible, tandis qu'avec les péricols, le pansement péri-utérin est réalisé. D'où la supériorité de ces topiques dans le traitement des métrites, salpingites, où l'on a besoin que la substance médicamenteuse soit sûrement et rapidement absorbée.

M. le Prof. La Torre (de Rome). — *De l'électrolyse dans le traitement des fibromyomes de l'utérus.*

L'auteur dit que, si la myomectomie est sans doute le traitement par excellence des fibro-myomes de l'utérus, elle peut cependant avoir de tristes conséquences, tandis que l'électricité est d'un emploi très simple et à la portée de tous les médecins; son application repose sur des données scientifiques, et n'est plus empirique. D'après l'auteur, l'électricité intra-utérine, pôle positif, tue les germes infectieux et excite la phagocytose; la méthode constitue donc un remède apte à combattre le fibromyome de l'utérus dans son étiologie, sa constitution et ses symptômes.

M. le Prof. La Torre aborde ensuite l'étude des résultats cliniques; quant aux *résultats immédiats*, ils sont sûrs; on a :

1° L'action hémostatique, qui a lieu dans 80 p. 100 des cas, et dans la suppression des douleurs, dans 70 p. 100.

2° La réduction du fibromyome, qui se vérifie dans 15 p. 100.

Les *résultats éloignés* ont été démontrés par Laquerrière; il a revu les malades dont son oncle, Costet, avait publié les observations en 1884, et après quinze ans, les résultats obtenus ne sont pas démentis.

En résumé, l'auteur affirme que tout démontre donc que la méthode d'Apostoli, employée dans un certain nombre de cas, ne constitue pas un traitement seulement empirique et symptomatique, car il y a concordance parfaite dans les résultats obtenus par les différents électrothérapeutes, Laquerrière, Zimmern, Weiss; cette concordance doit s'imposer aujourd'hui à tout chirurgien qui juge sans parti pris.

M. le Dr J. Lavergne (de Biarritz). — *Indications et contre-indications du traitement chloruré-sodique fort dans les maladies génitales de la femme.*

La médication chlorurée sodique a pour base la balnéation, et pour ressources adjuvantes l'emploi des douches et des compresses d'eau-mère. L'auteur envisage l'action physiologique du bain; localement, le bain excite la circulation dans toute la région pelvienne; par ses effets généraux, il stimule le système nerveux périphérique, la grande circulation et la nutrition. Quant à son action thérapeutique, c'est un résolutif, un puissant modificateur du terrain de la nutrition; l'eau-mère est au contraire un sédatif.

Maintenant, quelles sont les indications du bain salé? Toute altération matérielle des organes pelviens contre laquelle l'action résolutive doit rationnellement trouver à s'exercer l'indiquera formellement, en même

temps que e mode réactionnel de ces mêmes lésions devra être pris en considération. Après avoir parlé de l'étiologie des maladies génitales, l'auteur examine à quelle forme de ces diverses maladies le bain salé doit être réservé : il trouvera son indication dans les trois variétés d'endométrite catarrhale, hémorragique, douloureuse; il sera particulièrement efficace dans les salpingites, les péri-salpingites, les reliquats de pelvi-péritonite; employé contre les fibromes, il en diminue le volume, atténue les symptômes de compression; il sera utile dans un certain nombre de troubles menstruels relevant d'un état défectueux, dans l'aménorrhée absolue ou relative, dans la dysménorrhée et dans certaines ménorragies fonctionnelles des jeunes filles au moment de la puberté.

Il faut, à ces indications, opposer quelques contre-indications; par exemple, tout état aigu ou subaigu en constitue un; il en est de même des fibromes à évolution rapide, ou hémorragiques, ou très volumineux et très douloureux; de la salpingite kystique; et des cas où l'on peut supposer l'existence d'une collection purulente en un point quelconque de la région pelvienne.

DEUXIÈME JOURNÉE : 4 AOUT 1900. — *Séance de l'après-midi.*

La séance est ouverte à deux heures et demie par M. le Professeur TERRIER, président, assisté de MM. les Drs S. POZZI et MORISANI.

Cette séance est consacrée au *traitement des fibromyomes utérins.*

M. le Prof. A. MARTIN (de Greifswald). — *Manuel opératoire; résultats et indications de la Myomectomie.*

L'orateur rappelle que Mathews Duncan, dans la section de Gynécologie du Congrès international de Médecine à Londres, en 1881, n'avait pas reconnu les myomes comme pouvant créer une indication à l'opération. Depuis, les opinions ont progressé, non seulement à cause des recherches anatomiques, mais surtout à cause du perfectionnement de la technique opératoire. On a donc abandonné le traitement médical, l'électrothérapie; mais on a abandonné également la castration.

Les myomes offrent aujourd'hui des indications opératoires, lorsque la vie ou bien la conception de la femme sont menacées.

L'opération est pratiquée par la voie vaginale, tant que les myomes sont peu étendus et ne sont pas très adhérents. Les tumeurs très étendues doivent être attaquées par voie abdominale. Comme les opérations par voie vaginale offrent un pronostic incomparablement plus favorable, celui qui est habitué à cette sorte d'opération, doit préférer l'opération précoce au traitement médicamenteux, très long et douteux, quant à ses résultats, surtout quand il s'agit de petites tumeurs qui peuvent être attaquées par la voie vaginale et quand les myomes font souffrir la malade. En ce qui concerne la gravité des opérations par voie abdominale, gravité qu'il y a lieu de considérer, quand ces opérations sont indiquées, il faut employer au début le traitement médical, mais on doit se garder de le continuer indéfiniment.

Les petites tumeurs doivent être énucléées quand les tissus de l'utérus sont encore suffisamment sains pour que la femme puisse conserver les fonctions de menstruation et de conception. Si cette possibilité est exclue, on doit employer l'extirpation totale de l'utérus, ou bien l'amputation supra-vaginale. Ces opérations sont pratiquées par des procédés différents. L'orateur préfère encore la ligature des portions à enlever. L'opération, en tout cas, qu'elle soit pratiquée par voie abdominale ou par voie vaginale, doit être achevée par une réunion complète du péritoine. Un drainage aussi bien qu'une hémostase préventive paraît inutile. Si c'est possible, on doit laisser un ovaire, ou bien une partie de l'ovaire pour éviter aux malades les troubles causés par l'ablation de cet organe.

M. le Prof. Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg). — *Les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromyomes rétropéritonéaux (rétrocervicaux) de l'utérus et l'importance de la méthode vaginale de la myomectomie conservatrice.*

L'auteur rappelle que c'est au XIe Congrès international à Berne qu'il a exposé son procédé simplifié du traitement chirurgical des fibromyomes de l'utérus, qui a réduit la mortalité de 30 p. 100 à 4,3 p. 100. — Mais il existe néanmoins un groupe de tumeurs fibreuses, les tumeurs rétropéritonéales, qui sont pour la plupart considérées comme inopérables, ou traitées indirectement; les fibromyomes rétrocervicaux en sont le type, et ils sont une cause de graves désordres pour l'organisme. Il est évident que le traitement palliatif de ces tumeurs, pratiqué actuellement, n'est pas satisfaisant, et que l'intervention chirurgicale directe reste l'unique moyen de sauver les malades.

Voici le procédé opératoire qu'emploie l'auteur : il fait une incision, après ouverture de l'abdomen, de la partie postérieure du péritoine pariétal, et décortique ensuite la tumeur; il tamponne la cavité avec une large bande de gaze dont il mène le bout dans le vagin en crevant le cul-de-sac; il réunit ensuite par une série de sutures les feuillets du péritoine; la poche cellulaire est ainsi isolée de la cavité abdominale; puis il ferme les parois abdominales, en laissant dans le vagin un léger tampon de gaze iodoformée. Avec ce procédé, l'auteur n'a constaté que deux décès sur cinquante-deux cas.

Outre la cœliotomie, l'auteur a employé la voie vaginale, qu'il recommande avec insistance : l'opérateur atteint la tumeur par une incision du cul-de-sac de Douglas et la décortique avec les doigts; il tamponne ensuite la poche cellulaire, ce qui termine l'opération; s'il y a des connexions entre la tumeur et le tissu utérin, on attire l'utérus dans l'incision pour faire des sutures hémostatiques, puis on le replace dans la position normale. L'auteur a eu 27 cas de myomectomie conservatrice, avec 1 seul décès, ce qui donne comme résultat final 3 décès sur 79 opérées.

M. le Prof. de Ott estime que la méthode vaginale est préférable à la cœliotomie, étant suivie d'une réaction post-opératoire plus légère; il cite ses statistiques sur le traitement chirurgical des fibromyomes de l'utérus, et elles

confirment pleinement ce qu'il avance; la cœliotomie a donné 20 décès sur 189 cas, soit 10,6 p. 100, et la méthode vaginale 6 décès sur 193 cas, soit 3,1 p. 100.

M. le Dr Paul Segond (de Paris). — *De l'hystérotomie cervico-vaginale dans e morcellement des fibromes du corps de l'utérus.*

L'auteur explique d'abord que le but de sa communication est de montrer que l'ancienne opération d'Amussat, l'ablation des fibromes par le vagin sans hystérectomie, a des indications beaucoup plus étendues qu'on ne le pense d'habitude. Bien loin de convenir seulement aux fibromes d'accessibilité vaginale évidente, elle trouve tout aussi bien ses indications dans l'ablation des fibromes interstitiels haut situés et ne s'accompagnant d'aucune dilatation du col. Le procédé que l'auteur préconise vient de Péan; il consiste à sectionner le col *dans toute sa hauteur* d'un côté, ou des deux côtés; grâce à cette hystérotomie cervico-vaginale uni- ou bilatérale, on obtient extemporanément, et sans jamais risquer d'ouvrir le péritoine ou de blesser l'uretère, un libre accès dans la cavité du corps utérin. Le col une fois sectionné jusqu'au-dessus de l'isthme, rien n'est plus simple que de pénétrer dans la cavité utérine, d'en explorer les parois, de sentir les fibromes qu'elle renferme, d'effondrer leur coque, d'arriver ainsi sur le tissu même des fibromes, de les reconnaître aussi bien par la vue que par le toucher, et suivant qu'ils sont petits ou gros, de procéder enfin soit à leur énucléation, soit à leur morcellement. D'une manière générale, cette opération peut être tentée sur tout utérus fibreux, dont les dimensions se prêtent à l'hystérectomie vaginale elle-même, à la condition bien entendu qu'il n'y ait pas d'annexite concomitante; mais il est bien rare que l'opération puisse être décidée de parti pris sur les seules données de l'examen clinique; cette décision ne peut être prise que pendant l'acte opératoire, alors qu'on a la possibilité de savoir d'une manière positive si la coque utérine est intacte, et s'il existe d'autres masses fibreuses. Dans ce dernier cas l'hystérectomie séance tenante est indiquée, et tout est dit.

Pour des raisons analogues, les dangers objectés sont en grande partie théoriques : ces dangers sont surtout constitués par des perforations possibles de l'organe ou par des complications septiques. — Dans le premier cas, l'opérateur, avec un peu d'habitude, arrive à reconnaître la perforation, et doit aussitôt hystérectomiser. — Quant aux complications septiques, bien qu'on doive toujours y songer, lorsqu'on prend toutes les précautions possibles, il n'y a vraiment rien à craindre.

Bref, l'hystérotomie cervico-vaginale, uni- ou bilatérale, est l'opération préliminaire de choix dans presque tous les cas, car elle permet aussi bien l'énucléation de petits fibromes très haut situés que le morcellement de grosses masses fibreuses interstitielles; elle n'exige ni le décollement de la vessie, ni l'ouverture du péritoine : respecte les uretères, s'exécute sans risque d'hémorragie. — Il est en outre clair que les sections cervicales se réparent aussi bien lorsqu'elles sont latérales que si elles portent sur un autre point du col; une suture au catgut assure ce résultat. Même si afin

d'éviter toute rétention possible, on juge prudent de ne pas recoudre le col, la reconstitution se fait néanmoins dans les meilleures conditions.

M. le Dr S. Pozzi (de Paris). — *Des limites de la myomectomie.*

L'orateur insiste sur la nécessité du traitement conservateur dans les opérations gynécologiques, qu'il s'agisse de l'utérus ou des ovaires; mais ce traitement ne doit être préféré à un traitement plus radical qu'autant qu'il est également bénin et également utile. Or, peut-être a-t-on exagéré à ce point de vue la portée des opérations conservatrices de l'utérus dans les cas de fibrome ; elles ont du moins certaines limites que l'orateur précise : il rappelle que ce traitement conservateur peut être appliqué par deux voies : 1° la voie abdominale ; il constitue alors l'énucléation intra-péritonéale des fibromes, de Martin ; 2° la voie vaginale où il se subdivise en deux procédés principaux : la section sagittale de la face antérieure du corps, préconisée par Duhrssen, etc., et l'école de Berlin, et la section bilatérale du col, suivie de morcellement et d'énucléation, qui est un perfectionnement apporté par Péan à l'opération classique d'Amussat; c'est cette dernière à laquelle M. Segond essaie de donner un nouveau lustre.

M. Pozzi a pratiqué ces diverses opérations, il en a retiré des avantages, et il a pu ainsi se rendre compte des inconvénients nombreux qu'elles peuvent présenter. Il fait remarquer d'abord que toutes n'ont quelque raison d'être appliquées que s'il s'agit de femmes susceptibles d'avoir des enfants; dans le cas contraire, il est préférable de supprimer complètement un organe toujours exposé à devenir malade, d'autant plus que l'opération radicale n'est assurément pas plus grave que l'opération partielle.

1° Énucléation intra-abdominale. On ne saurait l'appliquer avec utilité que dans les cas où les fibromes ne sont pas d'un volume trop grand, et n'ont par conséquent pas trop déformé l'utérus. Ainsi, un fibrome dépassant l'ombilic ne se prêtera guère à cette méthode. De plus, si les fibromes sont multiples, leur décortication successive, suivie de la suture toujours laborieuse de la coque utérine, présente de tels inconvénients et demande un temps si long qu'il vaut mieux y renoncer, d'autant plus que si les fibromes occupent le voisinage des cornes, l'hémostase devient très difficile. Une troisième contre-indication réside pour l'orateur dans l'ouverture de la cavité utérine au cours de l'énucléation. En effet, la suture peut alors être consécutivement infectée et l'infection se propager au péritoine. Il note ici, à titre de procédé exceptionnel, celui qu'il a mis une fois en usage dans un cas de ce genre où la cavité utérine avait été ouverte. Il a amené la suture de l'utérus au contact de la paroi abdominale, il a fait une longue hystéropexie, en ayant soin de laisser la plaie abdominale ouverte, et de la tamponner avec de la gaze iodoformée dans toute la longueur de l'incision utérine, il a obtenu la guérison.

2° Incision sagittale de la face antérieure de l'utérus par le vagin après dissection de la vessie. Cette opération a donné à M. Pozzi un beau succès récemment, chez une femme jeune ; il s'agissait d'un fibrome du volume du poing, siégeant au niveau du fond de l'utérus. Il croit ce procédé applicable

uniquement aux fibromes ne dépassant guère ce volume et ne s'éloignant pas de cette situation, à cause du danger des manœuvres à travers la boutonnière vésico-utérine sur les côtés de laquelle se trouvent les uretères.

3° Incision bilatérale du col et énucléation avec morcellement par la voie vaginale. C'est l'opération la plus séduisante, et il semblerait, d'après le brillant exposé de M. Segond, qu'elle pourrait arriver à remplacer dans la presque totalité des cas l'hystérectomie. Voici cependant ses contre-indications : *a*. Grand volume de la tumeur dépassant l'ombilic ou s'étendant de beaucoup latéralement dans les flancs, ce qui nécessite une opération longue et laborieuse et laisse subsister une immense cavité où l'hémostase et la désinfection sont difficiles; *b*. Multiplicité des masses fibreuses et situation sous-péritonéale probable ou avérée pendant l'opération, de certaines d'entre elles; *c*. Impossibilité d'énucléer certaines masses fusionnées avec le tissu utérin et non encapsulées; *d*. Lésions des annexes. Il faut noter que ces dernières sont très fréquentes dans les fibromes, et sont souvent la cause principale des accidents hémorragiques ou douloureux; or, il est bien difficile, sinon impossible, de les diagnostiquer dans la plupart des cas.

Il faut joindre à ces contre-indications établies avant l'opération celles qui peuvent devenir évidentes pendant l'opération elle-même. L'orateur note, sans y insister, l'hémorragie favorisée par la longueur de l'opération et grave par sa durée plus que par son importance, la perforation de l'utérus due à l'extraction de masses sous-péritonéales, la mortification de portions de l'utérus trop aminci.

On voit donc que le champ des opérations conservatrices est singulièrement rétréci, d'autant plus qu'il reste à démontrer qu'elles sont plus bénignes que l'opération radicale. On ne devra donc y avoir recours que d'après des indications bien déterminées, dans lesquelles la jeunesse de la malade et surtout son désir formel de garder sa fécondité entreraient en première ligne.

Comme appendice à ces remarques, l'orateur formule son opinion sur ce qu'on pourrait appeler le traitement conservateur du col dans l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins : il ne parle pas de l'amputation supra-vaginale telle que l'a pratiquée Hégar, etc., mais du procédé américain employé surtout par Kelly et rapporté d'Amérique par M. Terrier, qui consiste à abréger l'opération en laissant en place un très petit segment du museau de tanche. On a fait valoir, en faveur de cette pratique, son utilité pour soutenir la voûte du vagin, mais l'orateur fait remarquer qu'on n'observe pas son affaissement après l'hystérectomie vaginale où tout le col est enlevé. De plus, on ne conçoit pas qu'un simple petit bouton charnu et flottant, qui n'est fixé à rien, puisse servir de soutien. On gagne ainsi, il est vrai, quelques minutes, mais on perd le bénéfice qui résulte pour le drainage de l'ouverture du canal vaginal; or, d'après M. Pozzi, le drainage doit être fait systématiquement en pareil cas; il met à l'abri des petites hémorragies post-opératoires, qui sont souvent le point de départ d'infection.

M. le Prof. Gottschalk (de Berlin). — *Des résultats éloignés et des indications de la ligature des artères utérines dans les cas de myomes de l'utérus.*

La ligature vaginale des artères utérines dans ses différentes branches, près du bord de l'utérus, tout près du point de leur division, est une opération tout à fait exempte de dangers.

En quelques mots l'auteur rappelle les recherches de Waldeyer sur les artères utérines, et décrit succinctement l'anatomie de la région.

Sa pratique s'étend à vingt-deux ans. Il a observé un cas défavorable de myome situé sur le col. Il a observé deux autres cas défavorables de myomes du fond de l'utérus. Tous les autres cas ont donné des résultats excellents.

Pour la technique, l'auteur suit la méthode suivante : Après le décollement de la vessie, du col et des ligaments larges, il lie, par trois ou quatre étages, de chaque côté, le pédicule vasculaire et la base du ligament large avec de la soie forte et l'aiguille de Deschamps.

Cette opération est bien supportée par les femmes tout à fait exsangues et épuisées qui succomberaient sûrement à une intervention radicale. La nutrition de l'utérus est assurée après l'opération.

Cette opération sera applicable dans certains cas particuliers ; elle maîtrise mieux qu'une autre méthode palliative les hémorragies causées par les myomes et est capable de réduire les tumeurs à des noyaux, à des restes si minimes qu'ils ne sont plus constatables à l'exploration clinique. Mais il faut choisir les cas bien justiciables de la méthode.

Voici les données générales d'après lesquelle on pourra choisir ces cas :

a. Age des myomes.

Les fibromes les plus justiciables de la méthode sont les myomes interstitiels développés dans la portion inférieure et moyenne de la matrice, moins ceux qui sont situés au niveau du fond, et pas du tout les tumeurs intra-ligamenteuses.

b. L'âge de la malade.

Plus la femme est rapprochée de la ménopause, plus grandes sont les chances d'une cure radicale par la méthode de la ligature.

c. La grosseur des tumeurs.

La méthode est surtout applicable dans les utérus myomateux qui ne dépassent notablement pas le volume d'une tête de fœtus à terme.

d. L'anamnèse.

Si des accidents péritonitiques ont précédé, il est vraisemblable que les tumeurs ont des adhérences avec les organes voisins, particulièrement avec l'épiploon, et qu'elles contiennent des vaisseaux artériels néoformés qui mettent en doute les résultats de la méthode.

M. le Dr H. Delagénière (Le Mans). — *Ligatures atrophiantes.*

L'auteur signale les bons résultats qu'on peut obtenir de la ligature des artères utérines par le vagin dans certains cas de fibromes utérins. Les six malades traitées par l'auteur de cette façon sont actuellement en parfait état, les hémorragies n'ont pas reparu et les tumeurs ont considérablement

diminué de volume. L'auteur n'a recours aux ligatures atrophiantes que pour les fibromes petits et lorsque la tumeur ne présente pas d'évolution rapide. Il y a recours également pour les polypes à évolution vaginale comme opération complémentaire, lorsque le polype est enlevé et qu'on trouve dans l'utérus d'autres noyaux fibreux. La ligature est alors préventive, car l'auteur espère par ce moyen obtenir l'arrêt de développement des noyaux fibreux. Après avoir dénudé le col de l'utérus comme pour pratiquer l'hystérectomie vaginale, l'auteur isole la base du ligament large, cherche l'artère reconnaissable à ses battements, puis, pour être bien certain de lier cette artère, il la coupe d'un coup de ciseaux et place un fil sur les deux bouts. Cette ligature est répétée de l'autre côté. Enfin, 2 ou 3 points de suture sont placés sur la section vaginale.

M. le Dr Goulliod (de Lyon). — *Du pincement des artères utérines dans les fibromes.*

Quand le développement des fibromes ou les troubles qu'ils occasionnent nécessitent une intervention, l'hystérectomie est en général la méthode de choix. Il y a lieu cependant de faire une large place à des opérations moins radicales, telles que la myomectomie par énucléation abdominale et vaginale, la castration, la ligature ou le pincement des artères utérines. La castration reste une excellente opération dans les cas de fibromes moyens, ménorragiques chez les femmes exsangues.

Quant au pincement des artères utérines, dont nous voulons spécialement parler, nous l'avons employé avec succès dans quelques cas favorables et choisis, dès 1894. Ces cas étaient représentés par des femmes de quarante à cinquante ans, présentant un fibrome à développement pelvien ou tout au moins n'atteignant pas l'ombilic et s'accompagnant d'hémorragies. Les résultats ont concordé avec ceux signalés par les promoteurs de la méthode des ligatures, Gottschalk, Fränkel, H. Martin, Hartmann, Mangin, etc. Nous avons toujours observé un arrêt complet des hémorragies, une régression de la tumeur; celle-ci est facilement appréciée et indubitablement prouvée par la diminution du cathétérisme utérin. Ainsi, dans mon premier cas, datant de 1895, le cathétérisme était de 11 centimètres; deux ans après il ne mesurait plus que 6 cent. 1/2. Le résultat s'est maintenu depuis six ans, malgré la persistance des règles. Dans la seconde observation, le cathétérisme tombe aussi de 8 centimètres à 6 cent. 1/4, deux ans après l'opération. Dans une troisième observation, le cathétérisme de 11 cent. 1/2 n'est plus que de 7 cent. 1/4, deux ans après. Rien ne peut établir d'une façon plus certaine l'efficacité du pincement ou de la ligature des artères utérines.

Quant au procédé opératoire, il représente à peu près le premier temps d'une hystérectomie vaginale; c'est la même incision circulaire avec prolongements dans les culs-de-sac latéraux; le doigt décolle la vessie en avant, le rectum et le péritoine en arrière sur les côtés de l'utérus, afin de bien isoler la gaine hypogastrique. Celle-ci dégagée, la lame vasculaire est saisie dans les mors d'une pince longuette droite, longs de 5 centimètres et enfoncés de 5 à 6 centimètres, de façon à dépasser sûrement le niveau

de l'artère utérine. Les pinces sont laissées en place vingt-quatre ou quarante-huit heures. Nous n'avons d'ailleurs aucune prétention d'attacher une valeur spéciale au pincement, à le croire supérieur à la ligature ; il est plus facile et il agit aussi efficacement. Nous avons essayé, dans un cas de fibrome remontant à l'ombilic, la ligature des deux artères hypogastriques ; les hémorragies se sont arrêtées, mais nous avons eu la surprise de ne voir survenir aucune modification de la tumeur, aucune diminution du cathétérisme. Cette opération s'est donc montrée inférieure, dans ce cas, à la castration ou à la ligature des artères utérines. Le pincement des utérines est une précieuse ressource dans les métrites hémorragiques rebelles, en cas d'insuccès du curetage.

M. le Dr Témoin (de Bourges). — *La myomectomie abdominale pour moyens et petits fibromes.*

L'énucléation des fibromes pour conserver l'utérus et les annexes est une opération ancienne dont la description a été faite par Martin (de Berlin). L'orateur est heureux de voir quel chemin a été parcouru depuis 1896, où, le premier en France, il en a apporté six observations. Depuis, il a pu seize fois conserver l'utérus et les annexes. Tous les fibromes ne peuvent pas être opérés par cette méthode et il faut que la femme soit jeune, que l'utérus soit d'un volume moyen et que les annexes soient saines.

C'est ce dernier point qui a fait toujours préférer à l'auteur la voie abdominale à la voie vaginale, cette dernière ne permettant jamais de savoir si les annexes sont saines et si les douleurs, souvent provoquées par les annexes, cesseront après l'opération. Sur ses seize malades, quatre ont eu des grossesses. L'auteur a même ouvert une fois la cavité utérine au cours d'une laparotomie, et refermé l'organe sans observer ensuite aucune complication ; enfin, il a pratiqué une fois l'opération au cours d'une grossesse, vers le troisième mois.

M. le Prof. A. Monprofit (d'Angers). — *Myomectomie abdominale.*

La myomectomie abdominale est indiquée chez les femmes qui sont encore en âge d'avoir des enfants, et lorsqu'il est possible de laisser, après ablation de tous les fibromes, un appareil utéro-ovarien en état de fonctionner normalement.

La myomectomie est contre-indiquée chez des malades trop âgées pour devenir enceintes, ou même chez les malades jeunes lorsqu'il n'est pas possible de laisser en place une matrice *utile*.

Dans ces cas, les autres opérations, et en particulier l'hystérectomie abdominale totale, retrouvent leurs indications. La gravité de l'opération ne paraît pas plus grande que celle des autres interventions pour les fibromes.

Le grand avantage de la myomectomie est de laisser en place un appareil utéro-ovarien en état de fonctionner, et permettant des grossesses normales, ainsi que nous l'avons observé. Il résulte de ces considérations que l'hystérectomie totale ne devra être faite chez les femmes jeunes qu'après avoir constaté l'impossibilité de conserver l'utérus.

M. le Dr T.-S. Cullen (de Baltimore), a eu l'occasion pendant les sept dernières années, d'examiner, avec ses collègues, 500 faits de *myomes de l'utérus*; dans les cas où les annexes étaient intactes, la muqueuse l'était également; chaque fois que les annexes étaient atteintes, la muqueuse l'était.

On a suivi la voie abdominale quelquefois; des tumeurs de 45 livres furent enlevées, tout en laissant l'utérus intact; d'autres fois, quand la cavité se comblait, on a été obligé d'enlever des parties de la muqueuse; dans un cas, il a fallu introduire une sonde dans l'utérus, la cavité étant presque effacée. Rarement l'hystérectomie *totale* a été pratiquée. Quand l'utérus est très volumineux, il faut prendre garde de respecter les uretères; dans deux cas, on s'est vu dans l'obligation de les diviser, mais les bouts furent joints, et les malades guérirent. Jamais la voie vaginale n'a été suivie. Les expériences de Clark (de Pensylvanie) prouvent que les deux artères utérines et les deux ovariennes s'anastomosent toutes les unes avec les autres : à quoi sert-il donc de lier une utérine seule?

M. le Dr Tuffier (de Paris) se base sur 19 cas de *myomectomie*.

Il est partisan absolu, pour cette opération, de la voie abdominale; il est impossible, par voie vaginale, d'affirmer qu'on n'a pas laissé de fibrome; l'orateur signale des cas dans lesquels il existe, au fond de l'utérus, des parties enflammées, sclérosées, dures, qui font croire à des fibromes, et il en rapporte un fait; c'est seulement par la voie abdominale qu'on se rendra complètement compte de l'état de l'utérus, et qu'on pourra en outre, dans la majorité des cas, reconnaître les lésions des annexes. En ce qui concerne le manuel opératoire, l'auteur recommande de faire le moins d'incisions possibles à l'utérus; d'ordinaire, il fait une hystérotomie médiane ou latéralisée par un fibrome, dans la zone avasculaire de l'utérus; par cette incision il peut explorer l'utérus et enlever ainsi tous les fibromes. Cette seule incision suffit la plupart du temps, elle permet d'éviter les hémorragies. Enfin, pour les indications, l'auteur est tellement partisan de la myomectomie qu'il pense que presque tous les fibromes, même de gros volume, peuvent être justiciables de cette opération; ces fibromes enlevés, leur cavité diminue, l'utérus revient sur lui-même.

La myomectomie a évidemment des limites, par exemple dans les cas où l'utérus est farci de fibromes; dans ces cas, l'auteur fait l'hystérectomie vaginale subtotale en laissant le col non pas avec l'idée qu'il servira à soutenir le vagin, mais simplement parce que l'opération est ainsi plus facile. En dehors du nombre trop grand des fibromes, une autre contre-indication à la myomectomie résulte de l'âge avancé de la malade; enfin, une dernière contre-indication est tirée de l'existence de phénomènes de sphacèle ou de suppuration du fibrome à cause des dangers d'infection. Sur les 19 opérations faites par l'auteur, il y a une mort, et elle est due à l'infection survenue dans les conditions qu'il vient de signaler.

L'auteur suture la brèche utérine au catgut, mais il ne s'occupe pas des cavités des fibromes.

M. le Dr La Torre (de Rome). — *Nature des fibromes utérins.*

L'auteur tire les conclusions suivantes de sa communication :

1° Les fibromyomes de l'utérus sont de nature bénigne.

2° La malignité de ces néoplasmes est tout à fait clinique, due aux modifications qu'ils subissent et aux symptômes auxquels ils donnent lieu. Cette malignité, quelle qu'elle soit, n'est pas telle qu'elle empêche une intervention utile à temps.

3° L'utérus myomateux n'est pas toujours dangereux; au contraire, permettant la fécondation dans un grand nombre de cas et l'accouchement spontané et artificiel à terme ou près du terme avec des enfants vivants et bien conformés, il peut être très utile pour l'Individu, la Famille, la société et la science.

4° Les fibromes qui sont silencieux peuvent être respectés; ceux qui causent des symptômes doivent être soignés par l'électricité, l'ergotine, les eaux thermales, la myomectomie.

5° L'hystérectomie doit être pratiquée dans un très petit nombre de cas, quand on ne peut pas faire autre chose.

L'hystérectomie donc, pratiquée systématiquement dans tous les cas de fibromes de l'utérus, quels que soient leur nombre, leur volume, leur siège et leur condition anatomique, n'est pas rationnelle.

Oter le fibrome, c'est bien, mais ôter toujours l'utérus, ce peut être un crime moral et matériel.

Troisième Journée : 6 Aout 1900. — *Séance unique du matin.*

Présidence de M. le Prof. Martin (de Greifswald), qui ouvre la séance à dix heures.

Cette séance, consacrée à l'*anatomie pathologique et à l'étiologie du cancer de l'utérus*, a présenté un vif intérêt.

Voici d'ailleurs les points sur lesquels l'attention a été appelée par les deux orateurs qui ont seuls occupé la séance.

M. le Dr T.-S. Cullen (de Baltimore). — *Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus.*

Cette communication consiste surtout dans des projections lumineuses des premières étapes du cancer de l'utérus. L'auteur s'est trouvé dans des conditions éminemment favorables d'observation, ayant pu examiner systématiquement tous les cas qui se sont présentés au « John Hopkins Hospital » durant les sept dernières années.

Il admet quatre variétés de cancer de l'utérus :

1. Carcinome du col à cellules squameuses.
2. Adéno-carcinome du col.
3. Adéno-carcinome du corps.
4. Carcinome du corps à cellules squameuses (très rare).

A propos du cancer à cellules squameuses, il traite succinctement du néoplasme en chou-fleur précoce, et décrit la transition graduelle de l'épithélium normal à l'épithélium morbide.

Il consacre quelques mots à l'étude de l'adéno-carcinome du col, particulièrement à celui qui évolue au voisinage de l'orifice interne; en d'autres termes, à celui dont le siège échappe à la vue.

La partie principale du travail est consacrée à l'étude de l'adéno-carcinome du corps, parce que cette variété est plus traitable, et que son diagnostic clinique est plus difficile. L'auteur fait passer sur l'écran des spécimens nombreux de carcinome au début, et, entres autres, un exemple qui montre bien les différentes phases du néoplasme. Immédiatement au-dessus de l'orifice interne, il y a des bourgeons comme de petites épines, bourgeons qui, plus haut, sont fins et plus nombreux, au point que dans la portion supérieure de l'utérus, ils arrivent à recouvrir toute la surface utérine, et se fusionnent de façon à constituer une masse solide. L'auteur montre aussi des planches histologiques de ce cas. Ces prolongements, ces pointes fines néoplasiques sont entièrement formés de petits bourgeonnements épithéliaux, entourés d'une surface épithéliale normale. Les trainées les plus larges contiennent un axe de stroma et présentent quelques ramifications, tandis que les portions les plus solides du néoplasme sont presque entièrement composées de masses homogènes d'épithélium avec tout juste assez de stroma pour assurer l'apport sanguin. M. Cullen montre encore des images, des reproductions de produits de raclage sur l'examen desquels fut édifié le diagnostic; dans un des cas le diagnostic fut posé sur la constatation d'nne petite masse de cellules atypiques.

Un des points les plus intéressants est la description des altérations des éléments cellulaires en bordure de l'adéno-carcinome; l'épithélium n'est pas normal, mais il n'est pas cancéreux; il présente des altérations qui ne se rencontrent qu'au voisinage de l'adéno-carcinome. L'auteur consacre ensuite un certain temps à l'examen du diagnostic différentiel, mettant en relief un certain nombre de modifications anatomiques très intéressantes et très suggestives, propres à l'endométrite. Il insiste aussi longuement sur le danger de confondre l'hypertrophie glandulaire et l'adéno-carcinome.

M. le Dr Leopold (de Dresde). — *Sur l'étiologie du carcinome et les blastomycètes pathogènes.*

L'orateur a continué jusqu'à présent les recherches qu'il avait commencées au printemps de 1894 avec le Dr Rosenthal, son assistant à cette époque, sur la composition du tissu carcinomateux à l'aide de pièces fraiches, afin de réussir à trouver l'agent du carcinome.

Déjà en 1894 et 1896 avaient été trouvés dans le carcinome frais les petits corps vitrés qui se rencontrent dans les différents carcinomes et qui ne pouvaient être confondus avec des cellules, des cocci, ou d'autres parasites : on observait d'une manière régulière et nette leur reproduction.

Les pièces fraiches de carcinome principalement étaient examinées dans une gouttelette et dans des milieux stériles à l'aide d'un microscope chauffé, construit dans ce but. Ce microscope était installé de telle façon que l'on pouvait observer immédiatement les préparations fraiches de carcinome, et au delà de 200 jours, sans qu'il fût possible d'y déceler le moindre

agent de putréfaction. On voyait les alvéoles occupant la première ligne (avant-postes) remplis de petites boules brillantes, transparentes, qui rappelaient les blastomycètes connus jusqu'à présent; peu à peu, on réussit à obtenir des cultures de blastomycètes provenant de carcinome humain ainsi que de tumeurs développées expérimentalement chez l'animal par des implantations de carcinome humain et des cultures de blastomycètes.

Plus de 100 carcinomes de l'utérus, des ovaires, des trompes, du sein, du péritoine, etc., furent successivement pris pour ces recherches.

Les carcinomes ulcérés furent totalement exclus par principe. L'examen des pièces ne concernait que les parties les plus en avant dans l'organe (avant-postes). L'observation était faite, immédiatement après l'opération, dans un liquide stérile, avec des instruments et des objets stériles. Le tissu recueilli au cours des opérations était aussitôt enveloppé de gaze stérile, et préparé pour l'examen pratiqué le plus vite possible après l'intervention. Le microscope que l'on peut chauffer est construit de telle façon que l'on y maintient une température constante de 37°,5 à 38°. Il fut aussi possible d'étudier des pièces fraîches suspendues dans du bouillon stérilisé, du sérum sanguin stérile, ou bien de l'eau salée bouillie, et cela plusieurs jours de suite (jusqu'à 200 jours et au delà, à la température constante du corps humain).

Le tissu carcinomateux frais n'était pas pas seulement examiné dans un liquide nutritif stérile, mais aussi dans une solution de soude et de potasse caustique. Les blastomycètes ne sont pas modifiés dans ces milieux.

Pour l'ensemencement des cultures on n'employait que le tissu carcinomateux frais, après en avoir vérifié la pureté à l'aide d'une gouttelette; c'est la gélatine légèrement acidifiée qui s'y prêtait le mieux.

Pour l'inoculation à des animaux, on introduisait principalement du tissu frais (provenant des parties qui sont les plus en avant, en avant-postes) dans la cavité abdominale des rats, des cochons d'Inde et de la souris; plus tard on injecta également des cultures de blastomycètes, qui avaient été prélevées sur des carcinomes humains, en partie dans la cavité abdominale, en partie en injections sous-cutanées dans les testicules et les mammelles des rats et des cochons d'Inde.

En outre, on soumit également, pour démontrer l'existence des blastomycètes, du tissu carcinomateux frais à la fermentation alcoolique, en dissociant finement de petits fragments de carcinome frais dans du bouillon stérile, et une solution stérile de sucre de raisin, dont le mélange était placé dans un verre en U. Après un certain temps on pouvait constater, dans le mélange contenant des blastomycètes, la présence d'alcool qui s'était formé dans le vase de la solution sucrée.

Enfin, il faut également faire des recherches microscopiques sur des fragments de carcinomes durcis. Mais elles réclament la plus grande circonspection et ne permettent de tirer aucune conclusion certaine, sans examen des pièces fraîches, sans ensemencement et sans production de cultures. C'est avec l'hématoxyline et la fuchsine phéniquée que la coloration réussit le mieux.

Voici les observations que l'ont put faire à l'aide de ces procédés :

On voyait, dans le tissu frais, suspendu au milieu d'une gouttelette, et cela dans presque chaque néoplasme malin, des éléments brillants, en partie ronds, en partie en forme de biscuits, dont on pouvait très bien constater la reproduction et la scission. Ces éléments, qui n'étaient pas à confondre avec des cocci ou des cellules dégénérées, ne pouvaient être considérés que comme des blastomycètes, par le fait qu'ils n'étaient pas modifiés dans une solution de soude et de potasse caustique, d'acide chlorhydrique et d'acide nitrique.

[Voici en détail ce qu'on voit à l'examen microscopique : des corps en forme de biscuits qui, au bout d'un quart d'heure ou tout au plus au bout d'une demi-heure, présentent un léger étranglement à peu près à leur milieu. Puis, au bout d'une demi-heure, ce premier étranglement est suivi d'un second qui se fait à l'extrémité opposée. En même temps, la partie du corps principal qui est comprise entre les deux étranglements, se gonfle. Un premier corpuscule rattaché par un étranglement au corps principal, s'en détache, relié seulement avec le corps principal par une sorte de filament.

Dans d'autres préparations, on constate des corps réfringents qui présentent à l'un de leurs pôles une multitude de petits corps. A la périphérie d'un de ces petits corps, on voit un petit étranglement qui finit par se rompre et un petit corpuscule se détache complètement du corps principal. Un fait très important à remarquer, c'est que ces corps se meuvent très peu.]

Après beaucoup d'essais on parvint à obtenir d'un tissu carcinomateux frais de 4 néoplasmes malins de l'homme, des cultures pures de blastomycètes :

1° D'un cancer de l'ovaire au 4e ensemencement.

2° D'un carcinome bilatéral des ovaires après le 6e ensemencement.

3° D'un cancer du sein et des ganglions de l'aisselle après le 6e ensemencement.

4° D'un cancer de l'utérus après le 3e ensemencement.

Dans plusieurs cultures on voit des blastomycètes se présentant sous forme de cellules régulièrement rondes, parfois ovales, d'une grandeur de 1 à 3 μ avec un noyau central ou périphérique.

Quant à ce qui concerne l'inoculation du tissu carcinomateux frais à l'animal, il est tout à fait important de rappeler qu'un lapin, à qui l'on avait inoculé du tissu carcinomateux frais, en 1894, dans la cavité abdominale, a succombé quatre ans après. Le foie et les poumons étaient remplis de plusieurs noyaux atteignant la grosseur d'une noisette, gris blanchâtres, et qui se présentaient à l'examen microscopique comme une néoformation épithéliale absolument atypique et contenant un grand nombre des blastomycètes.

On réussit aussi à inoculer à des animaux des blastomycètes qui avaient été prélevés sur du carcinome humain. On injecta à un rat, dans les testicules, une culture de blastomycètes diluée dans du bouillon stérile. L'animal mourut 159 jours après. La cavité abdominale était remplie d'ascite sanguinolente et d'une grande quantité de noyaux de la grosseur de granula-

tions miliaires jusqu'à celle de petits pois, qui se présentaient à l'examen microscopique comme des cellules géantes de sarcome et contenaient un grand nombre de blastomycètes. On put également prélever de ces noyaux des cultures de blastomycètes aussi pures que celles qui avaient été obtenues avec du carcinome humain.

Voici donc la chaîne des expériences faites par l'auteur :

1° Dans du cancer de l'ovaire frais furent trouvés des blastomycètes.

2° On put obtenir des cultures pures de blastomycètes de ce tissu carcinomateux frais.

3° L'injection de cette culture pure dans les testicules d'un rat permit de découvrir un grand nombre de noyaux péritonéaux, auxquels l'animal succomba, ainsi qu'une masse de blastomycètes, dans les pièces fraîches comme dans les pièces durcies.

4° Les blastomycètes prélevés sur ces noyaux récents donneraient encore des cultures pures.

En conséquence, il n'y a plus de doute que les blastomycètes peuvent être la cause de néoplasmes malins chez l'homme et que, inoculés de l'homme à l'animal, ils donnent également lieu à un néoplasme chez les animaux, néoplasme auquel doit succomber le porteur.

4e Journée : 7 Aout 1900. — *Séance du Matin.*

Présidence de M. le Prof. Terrier, puis de M. Palmer Dudley de New-York), assisté de MM. Laroyenne (de Lyon) et Morisani (de Naples).

La séance, ouverte à neuf heure trente, est consacrée aux *déplacements de l'utérus.*

M. le Prof. F. Terrier (de Paris). — *Note sur la thérapeutique chirurgicale du prolapsus utéro-vaginal.*

L'abaissement de l'utérus, avec ou sans cystocèle et rectocèle, forme, comme le dit Trélat[1], un ensemble de lésions assez caractéristiques et justiciables de la chirurgie.

Comme le remarque S. Pozzi[2], il s'y joint souvent l'hypertrophie et l'allongement du col utérin.

Sans nous arrêter sur l'étiologie et l'anatomie pathologique de ces lésions, nous ferons remarquer cependant qu'elles peuvent être divisées en un certain nombre de catégories :

1° La procidence du vagin seule, se subdivisant en *cystocèle* et *rectocele.*

2° La procidence du vagin, avec *prolapsus utérin* et élongation hypertrophique *primitive* ou *secondaire* de la portion sus-vaginale du col.

3° La procidence de l'utérus et du vagin *sans hypertrophie* du col.

1. V. Trélat. *Leçons sur le prolapsus des organes génitaux de la femme* (*Annales de Gynécologie*, t. XXIX, p. 321).
2. S. Pozzi. *Traité de Gynécologie*, ch. III, p. 557-558, 3e édit., 1897.

Mais là ne se bornent pas toujours les accidents des prolapsus génitaux chez la femme. Souvent on observe du côté de l'utérus, et plus encore du côté des annexes, des lésions qui viennent singulièrement compliquer les choses et entraver la guérison de ces infirmités véritables.

Le traitement chirurgical est de beaucoup préférable au traitement, dit palliatif, par les pessaires; ce traitement trop souvent n'est non seulement pas palliatif, mais aggrave la situation des malades; nous l'avons observé nombre de fois.

Le chirurgien doit se proposer : 1° Soit de constituer aux parties prolabées un point d'appui du côté vaginal, vulvaire et périnéal;

2° Soit de soulever et maintenir en haut l'utérus;

3° Voire même l'ablation totale ou partielle de l'utérus prolabé (Hystérectomie).

A cet égard nous ferons remarquer de suite que l'hypertrophie sus-vaginale du col, étudiée surtout par Huguier, ne nécessite pas autant qu'on peut le croire l'ablation du col malade. S. Pozzi considère cette ablation comme une sorte d'opération préliminaire, tout à fait nécessaire, ce qui ne nous semble pas démontré absolument, comme nous le remarquerons plus loin.

D'habitude le chirurgien qui se propose de traiter un prolapsus génital chez la femme commence par s'efforcer de constituer un point d'appui inférieur, en agissant sur le col, les parois vaginales et le périnée.

On pratique donc soit l'ablation sus-vaginale du col, s'il y a lieu, puis la colpo-périnéorraphie, par les divers procédés connus ou plutôt vulgarisés, de Hegar, Martin, Lawson Tait, etc.

Le procédé utilisé dépend surtout des préférences individuelles, je n'y insiste pas.

Est-ce à dire que les résultats obtenus ont toujours été excellents? Nous ne le croyons pas, et ne voyons-nous pas le professeur Léon Lefort préconiser et exécuter le cloisonnement du vagin, pour combattre le prolapsus utéro-vaginal.

Certes, cette méthode n'a pas rencontré beaucoup d'imitateurs, mais elle prouve que l'on a cherché à perfectionner et à rendre plus efficaces les procédés déjà connus et généralisés. Si le point d'appui inférieur tient et maintient les parties, le chirurgien devra se trouver très satisfait et peut arrêter là son plan opératoire.

Mais j'ai souvent constaté qu'il n'en était pas ainsi, et l'insuffisance de ce point d'appui inférieur n'a pas besoin d'être démontrée, en particulier quand les lésions utérines s'accompagnent d'hypertrophie du col, de déviation plus ou moins immobilisée par des adhérences, de lésions annexielles et péri-utérines telles que des salpingites ou des ovario-salpingites, faciles à développer par suite des métrites liées presque fatalement au prolapsus un peu accusé.

Dans ces cas on s'est efforcé de soulever l'utérus ou de le fixer en haut. On fait l'*Alquié-Alexander*, opération fort discutable, ou mieux, selon moi, la *gastro-hystéropexie*.

S. Pozzi croit que l'hystéropexie n'a aucun avantage sur le raccourcissement des ligaments ronds (Alquié-Alexander). Je suis loin de partager cette opinion, et voici surtout pourquoi : c'est que l'hystéropexie permet de pratiquer un examen parfait de la cavité du bassin, de l'utérus et de ses annexes.

Tout en fixant l'utérus, on peut détruire des adhérences, s'il est en rétroflexion; sacrifier un ovaire ou les deux s'ils sont lésés; examiner les trompes malades et les traiter en conséquence; enlever un myome utérin, passé inaperçu.

Pour nous, donc, l'hystéropexie n'est pas à comparer à cette autre opération destinée à redresser l'utérus, voire même à le maintenir en place. Car, je le répète, elle permet d'abord l'examen des parties par la cavité abdominale, puis elle remédie aux complications péri-utérines et péri-ovariennes; enfin, elle fixe en haut l'utérus abaissé.

Pratiquée seule, nous ne croyons pas qu'elle soit suffisante dans bien des cas, mais *combinée* aux opérations plastiques du côté du col, du vagin et du périnée, elle nous a donné d'excellents résultats.

Seulement nous n'avons pas procédé comme le conseillent la plupart des gynécologistes, au moins les classiques.

Le premier temps de notre intervention a été la laparotomie exploratrice sus-pubienne, afin de liquider la question des adhérences, des versions ou flexions, des inflammations péri-utérines et péri-ovariennes.

Cette laparotomie est suivie de l'hystéropexie abdominale.

Ceci acquis, nous soumettons nos malades à un repos au lit d'au moins trois semaines. L'opération de la fixation qui élève l'utérus, et le repos ont souvent un résultat très appréciable et très apprécié : c'est la diminution du volume de l'utérus et par conséquent de la fameuse hypertrophie sus-vaginale d'Huguier.

Comme je l'ai déjà dit, cette première opération n'est pas suffisante, et notre 1re observation le démontre parfaitement.

Aussi procédons-nous aussitôt que possible à la 2e opération, c'est-à-dire à l'opération *plastique* vagino-péritonéale.

Il faut d'autant plus insister sur ce point, que la fixation de l'utérus soulage tellement les malades que celles-ci ont peine à accepter une seconde intervention qui leur paraît, à tort, superflue.

Ce qui, nombre de fois, peut être évité, c'est la résection de la portion sus-vaginale du col — primitive ou secondaire, dit-on — pour nous toujours secondaire et due au prolapsus.

Observation I. — *Hystéropexie pour un prolapsus utérin. — Pas de colpo-périnéorraphie. — Résultat médiocre.*

Lane..., née Fl..., âgée de cinquante-huit ans, entre à l'hôpital Bichat le 15 juin 1898, service de M. le Prof. Terrier, salle Chassaignac, lit n° 6.

Elle a eu quatre grossesses normales, ses quatre enfants se portent bien. Depuis sa dernière grossesse, à trente ans, elle a commencé à prendre de l'embonpoint. Actuellement, elle est obèse.

Elle vient à l'hôpital pour un prolapsus utérin. Le périnée est peu résistant, la vulve largement ouverte. Lorsque l'on dit à la malade de faire effort, il y a un degré très marqué de cystocèle et de rectocèle, en même temps que le col utérin apparaît entre les grandes lèvres. Annexes normales.

Hystéropexie simple pratiquée le 22 juin, par M. Terrier. Trois fils de soie prenant la face antérieure de l'utérus. Chacun des deux chefs de chaque fil est ramené à travers le péritoine et la gaine du droit. Suites simples. La malade quitte l'hôpital le 13 juillet. Elle devait revenir pour qu'on lui pratiquât la perinéorraphie, *mais elle ne l'a pas fait.*

Revue le 6 mars 1900 (à la Pitié). Peu de rectocèle, cystocèle très marquée, le col n'apparaît plus, pendant l'effort, entre les grandes lèvres, mais il est bas situé (à deux phalanges de l'orifice vulvaire). Il y a eu allongement de l'utérus, car on sent le fond fixé encore contre la paroi abdominale.

Obs. II. — *Prolapsus utérin. — Hystéropexie et colpo-périnéorraphie. — Très bon résultat.*

Br... Hélène, femme D..., âgée de soixante et un ans, entre à Bichat le 14 avril 1899, salle Chassaignac, lit n° 2, pour un prolapsus utérin.

Il s'agit d'un prolapsus complet, avec issue hors de la vulve. Femme maigre.

Laparotomie le 20 avril 1899, par M. Terrier. On constate l'intégrité des annexes. Trois fils de soie servent à fixer l'utérus : deux sont placés sur la face antérieure, le troisième au niveau du fond (la malade a soixante et un ans). Passage des chefs de ces fils à travers le péritoine et la gaine des droits, ligature de ces fils, qui ferment ainsi la partie inférieure de l'incision abdominale. Le reste de l'incision est fermé par un double plan péritonéal et aponévrotique.

Suites opératoires simples. Sort guéric le 12 mai.

Rentre le 30 mai. On pratique une *colporraphie antérieure* et une *colpo-périnéorraphie postérieure*. La colpo-périnéorraphie, faite par dédoublement de bas en haut, fut assez délicate à pratiquer à cause de la minceur relative de la cloison recto-vaginale, et surtout des lésions inflammatoires anciennes dues au prolapsus total, et ayant amené l'adhérence relative de la muqueuse vaginale à la paroi rectale. La malade sort définitivement le 22 juin 1899.

Revue le 6 mars 1900, c'est-à-dire *neuf mois* après. *Résultat parfait.* Plus de rectocèle, plus de cystocèle, plus de prolapsus.

Obs. III. — *Chute de l'utérus. — Hystéropexie. — Colpo-périnéorraphie. — Résultat très bon.*

Gorg..., âgée de quarante-sept ans, entre le 1er novembre 1898 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 17.

Depuis son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis quatorze ans, la malade sent qu'elle est « blessée », et c'est surtout depuis quatre ans qu'elle est gênée par une descente de matrice. Cystocèle très marquée, rectocèle moyenne, col apparaissant à la vulve pendant l'effort. Rien aux annexes; prolapsus très facilement réductible.

Hystéropexie le 5 novembre 1898, par M. Terrier. Quatre fils maintiennent l'utérus fixé à la paroi abdominale et tous les quatre sur la face antérieure de l'utérus, qui est lui-même notablement augmenté de volume. Annexes normales.

Suites simples.

Périnéorraphie le 10 décembre 1898, avec *colporraphie antérieure.*

Revue en mars 1900, c'est-à-dire *quinze mois après.* Résultat parfait. Utérus bien maintenu.

Obs. IV. (Résumée). — *Hystéropexie pour prolapsus. — Colpo-périnéorraphie. — Guérison.*

P... Anaïs, femme L..., âgée de cinquante-quatre ans, entre le 1er mars 1900 à la clinique chirurgicale de la Pitié, service de M. le Prof. Terrier.

Malade réglée toujours régulièrement depuis l'âge de treize ans. Ménopause depuis quatre ans.

Un accouchement normal à l'âge de trente ans, pas de fausse couche.

Depuis cinq mois, bien qu'elle ne soit plus réglée, elle se plaint de pertes roussâtres, d'odeur désagréable.

Le prolapsus utérin pour lequel elle vient à l'hôpital a commencé à se montrer au moment de sa grossesse; depuis deux ans, le prolapsus est complet.

A l'examen, on constate hors de la vulve une tumeur du volume du poing, avec, à sa partie inférieure, le col utérin rouge, enflammé et suintant.

Après réduction, et examen au moyen du double palper, on constate l'intégrité des annexes.

Hystéropexie le 21 mars 1900, par M. Terrier.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, et fixation de la paroi antérieure de l'utérus à la paroi abdominale au moyen de trois fils de soie. Durée de l'opération : trente minutes. Suites simples.

Colporraphie antérieure et colpo-périnéorraphie postérieure le 11 avril, par M. Gosset. Opération classique. On constate que le col a repris son volume normal; il n'est plus enflammé. Il n'y a plus d'écoulement utérin. Suites opératoires simples. Sortie de l'hôpital le 1er mai.

Obs. V. (Résumée). — *Castration droite. — Hystéropexie et périnéorraphie combinées.*

V... Joséphine, femme T..., âgée de quarante-six ans, entre le 8 mai 1900 à la clinique chirurgicale de la Pitié, service de M. le Prof. Terrier.

En juin 1896, elle avait été opérée à l'hôpital Bichat et avait subi l'ablation des annexes gauches.

Le prolapsus, qui est complet, avec issue hors de la vulve, date de deux ans.

Hystéropexie le 25 mai 1900, par M. Terrier.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, *ablation des annexes droites kystiques* et fixation de la face antérieure de l'utérus par trois fils de soie.

Fermeture de la paroi. Durée de l'opération : quarante minutes. Suites opératoires simples.

Colporraphie antérieure et colpo-périnéorraphie postérieure le 27 juin, par M. Gosset.

La malade sort guérie le 14 juillet 1900.

En résumé, dans tout *prolapsus utéro-vaginal*, je conseille pour obtenir un bon résultat persistant :

1° La laparotomie exploratrice — permettant l'examen du bassin, de l'utérus et des annexes —, suivie de l'hystéropexie abdominale antérieure.

2° La colpo-périnéorraphie antérieure ou postérieure, avec périnéorraphie, comme opération *nécessaire* ultérieure, maintenant le résultat primitif, obtenu par la fixation de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

M. le Dr A. Eberlin (de Moscou). — *De l'opération d'Alquié-Alexander-Adams pour le traitement des rétrodéviations et prolapsus utérins.*

« L'opération proposée en 1840 par Alquié et réalisée pour la première fois sur le vivant par Alexander, n'a pu, pendant longtemps, obtenir droit de cité en gynécologie. La cause en était l'étude insuffisante de la technique, et il en résultait une recherche infructueuse du ligament ou sa rupture pendant l'opération, et, comme résultats opératoires, des récidives de la maladie ou des hernies inguinales. Pendant que d'autres méthodes opératoires, l'hystéropexie abdominale antérieure, la vaginofixation, la vésicofixation, etc., étaient très répandues, l'opération d'Alquié était tombée un moment presque dans l'oubli. Mais elle est entrée dans la seconde phase de son évolution depuis que, après avoir bien étudié la technique, on avait commencé, pour la recherche du ligament, à ouvrir le canal inguinal (Edebohls [1], Kocher [2], en Russie, les professeurs Snéguireff et Goubaroff [3]), et qu'une série de recherches anatomiques avait démontré que le ligament rond existait toujours et était assez développé pour pouvoir maintenir la matrice dans la position régulière qu'on lui donnait (Manrique [4], Beurnier [5]). Le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds utérins — l'opération d'Alquié-Alexander-Adams — est beaucoup moins dangereux que les autres méthodes opératoires où l'on ouvre la cavité péritonéale: en outre, comme l'expérience clinique le démontre, elle n'entraîne pas pendant la grossesse et les couches les complications quelquefois dangereuses que l'on observe à la suite d'autres opérations, ses rivales. Avec cette opération, il est plus facile de donner à la matrice une position tout à fait régulière,

1. Edebohls. *New-York med. Journ.*, 11 oct. 1890.
2. Kocher (Lanz). *Archiv für Gynækol.*, 1894.
3. Snéguireff et Goubaroff. V. *les Hémorragies utérines*, par le Prof. Snéguireff. 3e édition.
4. Manrique. *Étude sur l'opération d'Alexander*. Paris, 1886.
5. Beurnier. *Ligaments ronds de l'utérus*. Paris, 1886.

pourvu qu'on ne raccourcisse pas trop le ligament, ce qu'il est impossible d'obtenir dans l'hystéropexie ou vagino-vésicofixation, où une position défectueuse est remplacée par une autre non moins irrégulière; l'opération d'Alquié corrige, en outre, la position des ligaments larges en masse et, simultanément, la situation des annexes si elles sont abaissées, sans aucunement troubler la fonction vésicale, à condition que l'on ne dépasse pas les limites du raccourcissement nécessaire et que l'on ne crée pas d'antéversion pathologique. Étant donné les études complètes, faites dans ces dernières années, on peut dire que si, pendant l'opération, on ouvre toujours le canal inguinal, c'est-à-dire si on incise l'aponévrose du muscle grand oblique, il *est impossible*, avec une certaine habitude, de *manquer* le ligament. Je dis avec une *certaine habitude*, car un débutant risque de ne pas trouver le ligament : c'est que, en effet, des exercices préalables sur les cadavres sont nécessaires et il vaut mieux avoir fait soi-même cette opération, ne fût-ce qu'une fois, que d'avoir vu les autres opérer plusieurs fois. Si les uns considèrent le premier acte de l'opération, c'est-à-dire la recherche du ligament, comme très difficile, et d'autres très facile, je crois, moi, que la vérité est entre les deux, et parmi toutes les conditions spécifiées par différents auteurs pour la recherche la plus sûre et la plus rapide du ligament, il faut en retenir deux : 1° une connaissance approfondie de l'anatomie topographique du canal inguinal; 2° l'ouverture de l'aponévrose du grand oblique. Le succès de ce premier acte est complètement assuré depuis que les chirurgiens-gynécologistes, au lieu de chercher le ligament à l'orifice externe du canal, ont commencé à ouvrir le canal lui-même.

« Vient ensuite le deuxième acte opératoire, la séparation du ligament d'avec les tissus environnants, lequel acte est également perfectionné à présent bien suffisamment. Si, auparavant, le ligament se déchirait si souvent pendant sa séparation, c'était parce que l'on prenait le bout périphérique le plus mince; mais depuis que l'on avait commencé à ouvrir le canal inguinal et à isoler la partie centrale — l'épaisse — du ligament, les cas de sa rupture sont devenus extrêmement rares, surtout si l'on se sert, pour maintenir le ligament, de doigts au lieu d'instruments : la direction centripète, si l'on peut ainsi dire, a rendu ici un grand service. Mais ce n'est pas tout. Nous devons particulièrement prêter notre attention au moment terminal du deuxième acte de cette opération, à savoir à la séparation du ligament rond d'avec le *conus peritonei*. Pendant mes recherches sur plus de quarante cadavres (aux deux hôpitaux de la ville et aux salles d'anatomie de l'Université de Moscou, qui avaient pour prosecteur M. Goubaroff, actuellement professeur d'obstétrique et de gynécologie, j'ai pu me rendre compte qu'il était solidement fixé au ligament rond, dans la région de l'orifice interne du canal inguinal, par un prolongement du fascia transversalis, appelé par le professeur Goubaroff *fascia infundibuliformis ligam. rotundi. uteri*. Étant la continuation du fascia transversalis, qui couvre le péritoine pariétal, ce prolongement, à l'orifice interne, passe dans le canal inguinal où il couvre dans une certaine étendue le ligament rond sous forme d'un

entonnoir qui se rétrécit vers l'orifice externe du canal. La portion la plus épaisse de cet entonnoir se trouve au demi-anneau externe de l'orifice interne; il est un peu plus mince au demi-anneau interne [1]. Pour découvrir ce fascia infundibuliformis, il faut séparer toutes les couches de la paroi abdominale jusqu'au fascia transversalis et attirer en dedans (vers la ligne médiane) le sac péritonéal avec tous les viscères y contenus.

« En faisant l'opération d'Alquié sur le cadavre et en contrôlant le résultat par la laparotomie, je me suis persuadé que, si fortement que l'on tende le ligament rond, l'utérus n'abandonne pas la rétroposition — situation habituelle au cadavre placé sur le dos — tant que l'on n'ouvre pas le *conus peritonei* avec le *fascia infundibuliformis* qui le couvre. Autrement, lorqu'on tire sur le ligament rond, le *processus infundibulif.* se tend et l'on voit à travers le mince péritoine transparent le *fascia transversalis* se tendre suivant toute la ligne innominée et au-dessus; quant à l'utérus, il reste, comme avant, en rétroposition. Mais si l'on sépare avec soin le *fascia infundibulif.* d'avec le ligament rond, le péritoine pariétal se détache facilement, comme un doigt de gant, du péritoine viscéral, qui revêt le ligament; il s'en faut que le péritoine soit toujours blessé dans ce cas. Ces particularités anatomiques constituent, j'en suis convaincu, le point capital dans la question de la meilleure technique opératoire; quant aux autres détails, ils n'ont pas, sauf la réunion soignée de la plaie suivant le procédé de Bassini, une bien grande importance. En effet, il faut, pour le succès opératoire, que les cornes utérines soient relevées et rapprochées de la paroi abdominale, mais on ne le peut obtenir qu'en coupant le *conus peritonei* avec le *fascia infundibuliformis* (comme le propose Heinrich [2]), ou en séparant avec les ciseaux le *fascia infundibuliformis* et en écartant avec les doigts le péritoine pariétal (comme le font les professeurs Snéguireff, Goubaroff, et moi dans bien des cas). Ici je dois faire remarquer que parfois, malgré toutes les précautions prises, le péritoine pariétal, en se déplaçant, se déchire : peut-être est-il alors fortement adhérent au péritoine viscéral. Mais le malheur n'est pas grand : avec l'asepsie, *conditio sine qua non* de toute opération, les déchirures péritonéales sur une petite étendue ne présentent aucun danger. Il n'en est pas de même de la *cœliotomie*, où on ouvre la cavité abdominale.

« En rapport avec la séparation plus ou moins parfaite du ligament rond dans la région du *conus peritonei* se trouve, selon nous, la question des récidives et celle des hernies. Ainsi Rumpf et Kümmel n'ont pas rencontré une seule récidive sur un très grand nombre de cas revus longtemps après l'opération. Moi, sur 24 cas, je n'ai eu qu'une récidive (6e cas) et cela dans un cas où le ligament rond n'a pas été bien séparé d'avec le *conus peritonei* et où une tendance pour *retroversio uteri* a déjà été notée, dix jours après l'opération, aussitôt le pessaire enlevé. Ce cas unique ne fait que confirmer la règle générale.

1. V. le dessin V du chapitre « Anatomie » dans *les Hémorrhagies utérines*, par le Prof. Snéguireff, 1900.
2. Heinrich. *Centralbl. f. Gyn.*, n° 26, 1897.

« La question des hernies s'y rattache intimement. En opérant sur le cadavre, on peut voir que le ligament rond, étant tendu, tire le péritoine qui, en faisant saillie dans le canal inguinal, y forme le *conus peritonei*, et du côté de la cavité abdominale la partie concave de l'entonnoir qui prédispose aux hernies. Voilà pourquoi, lorsqu'on opérait suivant le procédé d'Alexander, sans tâcher de se débarrasser du *conus peritonei*, la complication de hernie n'était pas bien rare, surtout que les tissus ne se réunissaient pas par des sutures hermétiques dans la région de l'orifice interne. Mais à présent que l'on isole avec soin le ligament d'avec le *conus peritonei* et qu'on suture les tissus selon le procédé de Bassini, il ne peut être question de hernie. Rumpf [1], Kümmel [2] et d'autres, qui disposaient d'un grand nombre de cas revus ultérieurement, n'ont jamais observé de hernie malgré plusieurs grossesses passées, et je suis complètement d'accord avec Rumpf lorsqu'il dit que l'on réunit soigneusement comme le préconise Bassini; la région en question sera, après l'opération, encore plus garantie contre toute hernie qu'avant. Zweifel [3] a vu, sur 136 cas, deux fois seulement des hernies et justement là où le *conus peritonei* n'avait pas été ouvert, et, par contre, il n'y a pas eu de récidive de hernie après une herniotomie faite en même temps que le raccourcissement des ligaments. De pareils cas heureux de herniotomie ont été observés par Fritsch [4] (deux fois), par Heinrich (une fois) et par moi (16e cas).

« Je ne m'étendrai pas sur l'influence qu'a l'opération sur la marche de la grossesse et du travail, ni sur la possibilité de récidive après les couches. Tous les auteurs sont d'avis que l'opération d'Alquié-Alexander n'a aucune influence sur le cours normal de la grossesse et du travail, ni sur les douleurs que les femmes accusent fréquemment dans la région de la cicatrice pendant la deuxième moitié de la grossesse. Si l'on observait parfois des fausses couches ou des accouchements prématurés, l'étude impartiale de chaque cas montrait toujours que l'opération faite antérieurement n'était pour rien dans l'interruption de la grossesse. On n'a pas vu non plus de récidive de maladie, même après des grossesses ultérieures (Alexander, Rumpf, Kümmel et beaucoup d'autres). Mes observations personnelles le confirment parfaitement. Mais avant de les citer je dirai qu'en Russie l'opération d'Alexander se pratique avec la modification moderne, c'est-à-dire avec l'ouverture du canal inguinal, surtout à Moscou, par les Prof. Sneguireff, Goubaroff, par les Drs Chalafow et Savinow (à l'hôpital Scheremetiew), enfin par moi, à l'hôpital Galitzine. Tous les auteurs cités sont très satisfaits des résultats obtenus. Depuis 1897, année où j'ai commencé à faire cette opération, je compte jusqu'au mois dernier 24 cas, dont 15 cas de rétrodéviation et 9 de prolapsus. L'âge des malades était de vingt à quarante-sept ans. Les symptômes les plus constants de la rétrodéviation

1. Rumpf. *Archiv für Gyn.*, 1899, p. 424 à 460.
2. Kümmel (Schulz). *Beiträge zur kl. Chirurgie*, Bd. 23, Heft III, 1899.
3. Zweifel (Krœnig u. Feutwanger). *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, Bd. 11, Heft IV.
4. Fritsch. *Centralbl. f. Gyn.*, n° 3, 1897.

étaient, d'après mes observations, de la dysménorrhée et des douleurs dans la région sacrée. Sur ces 24 malades, 5 n'ont jamais eu d'enfants, une a eu une fausse couche, et les 18 autres ont eu 1 à 6 grossesses. Presque toutes les malades se sont fait soigner, avant l'opération, par des pessaires, du massage, etc., mais ne voyant pas d'amélioration, sont venues à l'hôpital pour subir l'opération. A certaines malades, avant le raccourcissement des ligaments, j'avais fait le curetage, la discision conique du col, etc., et, dans le prolapsus, la colporrhaphie antérieure et postérieure, l'opération de L. Tait. Les suites post-opératoires ont été excellentes : dans 22 cas il n'y a pas eu d'élévation de température; 2 fois une légère suppuration. Toutes les opérées ont guéri. Ont été revues après l'opération 19 malades, dont :

5 malades au bout de 2-3 ans,
2 malades au bout de 1-2 ans,
6 malades au bout de 5-7 mois,
6 malades au bout de 1-4 mois.

« L'opération a produit chez toutes l'effet le plus favorable sur les symptômes, tels que dysménorrhée, dyspareunie, mal aux reins, constipation, etc. Cinq malades sont devenues enceintes peu après l'opération; une d'elles avait été stérile pendant cinq ans. Chez une des opérées il y a eu une fausse couche pour cause accidentelle (intoxication). Les 4 autres sont accouchées à terme d'enfants vivants; une d'elles est même accouchée 2 fois. L'accouchement s'est toujours bien passé, sans observation obstétricale et l'utérus, plusieurs mois après, avait toujours chez elles sa position normale.

« Pour ce qui est de la technique opératoire, je ne dirai que brièvement que j'ai toujours ouvert le canal inguinal à son orifice interne et séparé avec soin le prolongement du *fascia transversalis* d'avec le ligament, parfois à l'aide des doigts, plus souvent aux ciseaux; quelquefois j'ai pu le faire sans blesser le péritoine, mais, dans la plupart des cas, ce dernier se déchirait.

« Pendant la suture (un seul étage de fils de soie pour toutes les couches) j'ai tâché de prendre le péritoine pariétal avec.

« J'ai enlevé les fils le huitième jour. Les malades gardaient le lit pendant une quinzaine; les premiers jours, elles recevaient de l'opium. Dans mes premières opérations, j'avais l'habitude de mettre immédiatement l'anneau de Hodge, que je retirais à la sortie des malades; ensuite j'ai cessé d'employer le pessaire et, à l'heure qu'il est, dans le but de bien fixer la matrice et d'empêcher la tension des ligaments ronds pendant les vomissements, la toux, etc., j'introduis, aussitôt l'opération terminée, dans le cul-de-sac antérieur, un tampon vaginal que je retire au bout de deux jours.

« Vu la nécessité d'isoler le ligament à l'orifice interne du canal inguinal, j'ai essayé, dans tous les cas, de tomber immédiatement sur l'orifice interne où précisément j'ouvrais le canal inguinal. Comme il n'existe pas de points de repère pour l'incision cutanée, je me guidais pour cela sur la connaissance de la topographie de la région, à la suite des recherches sur le

cadavre mentionnées plus haut. Il arrivait de trouver d'un côté rapidement le ligament, et de l'autre, après de longues recherches seulement; après quoi, on s'apercevait que les incisions n'étaient pas symétriques. Encore en 1887, Zajaitzcky [1], voulant la symétrie des incisions, avait proposé un instrument mensurateur, à l'aide duquel on pourrait diriger les deux incisions sous le même angle; mais cet instrument n'est resté que sur le papier, l'auteur lui-même l'ayant bientôt trouvé inutile [2]; en effet, il ne suffit pas que les deux incisions soient symétriques, mais il faut que *chacune d'elles corresponde à la direction du canal inguinal*, sans que l'on soit obligé de rechercher le tubercule pubien qui est presque impossible à sentir chez les sujets gras.

« L'instrument dont je me sers avec avantage et que j'ai l'honneur de vous montrer, sert à donner une bonne direction à l'incision cutanée. Je l'ai appliqué dans mes huit derniers cas avec succès; deux ou trois minutes après l'incision cutanée faite, je trouvais le ligament.

« Il reste trois voies pour la recherche du ligament : 1° On peut mettre à nu l'orifice externe du canal inguinal et ouvrir ce dernier; 2° On peut, sans chercher l'orifice externe, couper suivant la concavité du ligament de Poupart et, de là, arriver au ligament; 3° On peut, enfin, ouvrir le canal inguinal à son orifice interne. Tous les chemins mènent à Rome, c'est-à-dire au ligament rond. Bien que j'aie choisi la troisième, je dois dire que le choix importe peu, pourvu que le chemin préféré soit bien étudié.

« *Quelques mots sur les indications de l'opération.* — L'expérience m'a appris que la rétrodéviation mobile, non compliquée d'inflammation des annexes, du tissu cellulaire et du péritoine pelvien donnait lieu assez souvent à des symptômes pénibles, et si, dans ces cas, ni le massage ni les pessaires ne produisent d'effet, l'indication d'intervention chirurgicale est hors de doute.

« En me basant sur les données bibliographiques et sur mes propres observations, je me permets de formuler les conclusions suivantes :

« 1. De toutes les méthodes opératoires employées pour le traitement des rétrodéviations mobiles du prolapsus utérin, le raccourcissement des ligaments ronds à travers le canal inguinal est la plus rationnelle, parce qu'elle est de toutes la moins dangereuse et, en même temps, fait disparaître sûrement et complètement la maladie en question.

« 2. L'opération réussit toujours avec une technique bien conduite.

« 3. La voie la plus sûre pour rechercher le ligament rond, c'est de découvrir le canal inguinal.

« 4. L'opération ne donne lieu à aucune complication ni obstacle pour les grossesses et les accouchements ultérieurs, et ces derniers ne diminuent en rien le résultat opératoire.

« 5. Lorsque l'on a bien soin de réunir méthodiquement dans la plaie les

1. Zajaitzcky. *Travaux de la Société d'Obstétr. et de Gyn. de Moscou*, 1887.
2. *Revue de Médecine* (Russe), 1889, n° 1.

couches superposées, le danger de formation consécutive de hernie n'existe pas.

« 6. La séparation attentive du ligament rond d'avec le cône péritonéal dans l'orifice interne du canal inguinal est d'une importance capitale pour assurer le succès de l'opération et pour éviter la hernie consécutive.

« 7. Il serait à désirer que les auteurs donnassent le plus de renseignements possibles relativement aux résultats éloignés de l'opération. »

M. le Dr C. Fournier (d'Amiens). — *Rétrodéviations et hystéropexie vaginale.*

« Un quart des femmes atteintes d'affections génitales ont de la rétrodéviation de l'utérus. Ce déplacement de l'utérus est le plus dangereux qui se puisse rencontrer, car il détermine très souvent des complications inflammatoires graves, utéro-annexielles.

« J'insiste aujourd'hui sur la grande place qu'il faut assigner aux rétrodéviations dans le cadre de la Gynécologie pratique, et j'affirme *qu'il faut traiter la rétrodéviation tout aussitôt qu'on la reconnaît* et prétends qu'il n'y a *qu'un seul moyen : l'hystéropexie.*

« L'hystéropexie vaginale doit être préférée à l'hystéropexie abdominale.

« *L'hystéropexie vaginale doit être faite dans toutes les rétrodéviations utérines, sans annexites.* L'hystéropexie abdominale sera réservée à la plupart des cas où il y a salpingo-ovarite unilatérale. La fixation vaginale me paraît donc le procédé thérapeutique le plus fréquemment indiqué.

« Ainsi que le montrent les 14 observations que j'apporte, la vagino-fixation est toujours *bénigne.* Elle est cependant *délicate* et ne peut être pratiquée que par des gynécologues, des chirurgiens tout à fait rompus à ce genre d'opérations. Elle a l'avantage d'être *conservatrice*; elle évite l'hystérectomie dont sont menacées ces malades. Enfin elle me paraît très *efficace*, surtout si on a la précaution de dédoubler la cloison vésico-vaginale avant d'attacher l'utérus. Il est utile de la faire le plus tôt possible.

« Le but définitif est de guérir sans sacrifier aucun organe. »

M. le Dr Spinelli (de Naples). — *Procédé d'hystéropexie abdominale médiate pour la cure de la rétroversion utérine.*

« L'opération est indiquée dans les rétroversions adhérentes ou dans celles compliquées par des lésions annexielles. Le procédé comporte les temps suivants :

« 1° Laparotomie médiane. Libération de l'utérus de ses adhérences; traitement rationnel des lésions annexielles. Les ligaments ronds sont interrompus entre des ligatures en catgut, à environ 6 centimètres de l'utérus, pendant que l'autre partie des ligaments ronds est suturée avec les faces du ligament large.

« 2° Aussitôt que les ligaments ronds sont repliés sur la paroi antérieure, ils sont suturés l'un à l'autre au point d'union et à la paroi antérieure de l'utérus, avec un surjet unique.

« 3° Le pédicule funiculo-péritonéal est suturé au péritoine pariétal et à la

couche musculo-aponévrotique avec des points de soie. Triple suture de la plaie abdominale.

« Je ferai un court examen des notes et des objections à ce procédé.

« *a. L'hystéropexie funiculo-abdominale prédispose à la rechute en arrière de l'utérus à cause du tiraillement et de l'allongement des ligaments ronds, comme on l'a remarqué dans l'Alexander.*

« Dans les 10 cas que j'ai opérés, on n'a pas eu de récidive de la rétrodéviation. La comparaison avec l'Alexander ne peut se faire; car dans ce procédé on laisse intactes les adhérences et les lésions annexielles, qui étaient la cause de la rétroversion.

« *b. La fixation médiate de l'utérus est une pexie et peut causer des étranglements.*

« L'utérus, après l'opération, se trouve dans une antéversion juxta-pariétale, raison pour laquelle le passage d'une anse intestinale entre celui-ci et la paroi de l'abdomen est presque impossible.

« *c. L'hystéropexie médiate abdominale est un obstacle à l'expansion de la vessie dans l'hypogastre.*

« Par la fixation du pédicule à 3 centimètres du pubis, on laisse un espace utile pour l'expansion de la vessie.

« *d. L'hystéropexie médiate peut troubler la grossesse et l'accouchement.*

« Une récente observation personnelle prouve que la grossesse et l'accouchement peuvent normalement avoir lieu après l'opération.

« Les procédés d'hystéropexie médiate abdominale de Doléris, de Beck et le mien présentent de légères différences entre eux. La priorité de l'opération appartient à Ruggi, qui exécuta la première hystéropexie funiculo-abdominale le 6 novembre 1888.

« La priorité de l'idée remonte sans doute aux auteurs qui employèrent pour le redressement de l'utérus les ligaments ronds (Adams, Alquié, Alexander) ».

M. le Dr C. Stankiewicz (de Lodz, Pologne). — *Du traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.*

L'auteur considère comme règle que toute rétroflexion et rétroversion dans la période active de la vie sexuelle doit être traitée. Jusqu'à présent, c'est le traitement orthopédique, par le pessaire, qui a occupé la première place dans la pratique des gynécologues, et cependant l'action des pessaires au point de vue de la guérison est tout à fait problématique; sur 109 cas ainsi traités, l'auteur n'a eu que 3 résultats favorables; le traitement chirurgical, qui assure une réussite, doit donc prendre la première place. Il y a eu trois procédés opératoires préconisés : l'hystéropexie abdominale, l'hystéropexie vaginale, et le raccourcissement des ligaments ronds; c'est ce dernier procédé que l'auteur recommande. Parmi les trois voies qui se présentent à l'opérateur : le canal inguinal, le vagin et la laparotomie, l'opération d'Alquié-Alexander trouve le minimum d'indications; c'est à la voie vaginale, donc au procédé de Bode-Wertheim, que le Dr Stankïewicz donne la préférence. Il y a introduit quelques modifications. Les points importants de sa technique sont les suivants :

1. Pose de la première ligature sur l'utérus même.

2. Le raccourcissement des ligaments *in situ*, sans luxation de l'utérus dans le vagin.

3. Le raccourcissement des ligaments au maximum;

4. L'emploi des clamps.

Sa statistique porte sur 27 cas — le nombre des cas réussis est de 87,5 p. 100. — Les suites opératoires ont toujours été bonnes, quoique l'opération ait été plus d'une fois très compliquée. Le raccourcissement des ligaments ronds par le vagin présente sur le procédé d'Alquié-Alexander les avantages suivants :

1. Il ne prédispose pas aux hernies.

2. Permet le raccourcissement bilatéral par la même incision.

3. Permet de trouver les ligaments dans tous les cas.

4. Est efficace dans les rétroflexions fixes.

5. Permet d'exécuter les interventions nécessaires sur les annexes et sur le vagin.

6. Les suites opératoires sont meilleures.

7. Ne laisse pas de cicatrice visible, ni de douleurs consécutives.

Quelquefois on peut préférer à la voie vaginale, la laparotomie, ou opération de Wylie.

M. le Dr Ed. Schwartz (de Paris). — *Note sur le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations utérines.*

« Les indications qui se présentent nous ont conduit à pratiquer trois variétés d'interventions, lorsque l'opération est bien entendu de mise : l'opération d'Alquié-Alexander, l'hystéropexie abdominale, enfin plus récemment, le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. L'opération d'Alquié-Alexander que nous avons faite une trentaine de fois environ pour des rétroversions et rétroflexions mobiles, faciles à réduire et à maintenir, donne de bons résultats au point de vue fonctionnel; elle est bénigne, mais on observe quelquefois des récidives et il est impossible de se rendre compte par elle de l'état des annexes, souvent intéressées, et de les traiter.

« L'hystéropexie abdominale a été faite par nous 63 fois; nous en avons été très satisfait; les récidives sont presque nulles; elle permet le traitement des annexes; mais elle a l'inconvénient de constituer une bride sur laquelle l'intestin peut s'étrangler, mais surtout de devenir quelquefois la cause d'inconvénients graves pour la grossesse et surtout l'accouchement : sur 9 femmes qui sont devenues enceintes et ont accouché, deux seulement ont eu des difficultés; l'accommodation ne se faisant pas, l'accouchement réclame une surveillance de chaque instant.

« Le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds est évidemment l'intervention qui, au point de vue physiologique, nous séduit le plus. Elle consiste, après laparotomie dans la position de Trendelenburg, à replier les ligaments ronds après redressement de l'utérus et à suturer la plicature de façon à la maintenir; elle permet les opérations sur les annexes malades.

Nous l'avons pratiquée 5 fois avec succès. Une de nos premières opérées, dont l'intervention date de 1897, est actuellement enceinte depuis 8 mois; sa grossesse s'est parfaitement passée; nous avions pu nous assurer qu'avant la grossesse l'utérus était resté parfaitement réduit. Cette malade est, de plus, un exemple de grossesse après des interventions conservatrices sur les annexes.

« En résumé, le raccourcissement intrapéritonéal, quoique plus difficile, plus long que l'hystéropexie, nous paraît devoir devenir l'opération de choix toutes les fois qu'il sera possible. »

Discussion. — M. le Dr HARTMANN (de Paris). — Comme on ne sait jamais si un utérus rétrodévié ne présente pas d'adhérences, l'orateur rejette toutes les opérations qui ne permettent pas de constater *de visu* l'état des parties, et préfère la voie abdominale à la colpotomie antérieure et au raccourcissement inguinal des ligaments. Pour éviter la cicatrice visible et l'éventration possible, il a recours à l'incision cruciale cachée dans les poils de la région pubienne. Il coupe suivant une ligne convexe en bas la peau et l'aponévrose antérieure; il relève le lambeau, sépare verticalement les droits, et agit, suivant les indications, sur les adhérences et sur les annexes; il maintient l'utérus redressé en raccourcissant les ligaments ronds et la face antérieure des larges par la formation d'une série de plis successifs, obtenus par le faufilage de deux fils de soie. Si, ce qui arrive quelquefois, le ligament rond ne s'insère pas nettement en avant du diamètre transversal de l'utérus, il suture sa partie interne à la face antérieure de l'organe. Les résultats, tant immédiats qu'éloignés, sont excellents.

M. le Dr DOLÉRIS montre que, contre l'ancienne opinion d'après laquelle les rétrodéviations pouvaient être maintenues par des pessaires, s'élève une protestation générale; à part les cas où le pessaire suffit, les rétrodéviations appartiennent à la classe des maladies obstétricales, celles qui, le lendemain d'un accouchement difficile, sont affectées de rétrodéviation. Il faut y joindre les cas où, par suite de conditions générales, l'involution de l'utérus et des ligaments n'a pu se produire : on pourra alors appliquer le pessaire qui permettra d'attendre que l'involution se fasse, et que les ligaments récupèrent leur force. Donc, lorsqu'il s'agit de la rétrodéviation au début, le pessaire donne de bons résultats; mais, s'il s'agit de rétrodéviations anciennes, mobiles ou non, c'est le traitement chirurgical qui est indiqué. Celui-ci s'impose également pour les rétrodéviations compliquées de lésions considérables et anciennes du col, de lacérations considérables du périnée et de leurs conséquences, enfin de lésions des annexes. L'orateur insiste sur ce fait que chaque fois où on est obligé d'intervenir, il ne faut pas faire une opération unique qui serait incomplète, mais atteindre chacun des éléments de la maladie; en ce qui concerne particulièrement l'état pathologique des annexes, il faut ouvrir le ventre et les traiter conservativement ou radicalement, et il est rationnel de compléter cette opération par la fixation de l'utérus. Comment fixer l'utérus? Depuis 1885, l'orateur préco-

nise l'opération d'Alexander qui a pour mérite d'être physiologique, car elle remédie à l'un des effets ou des causes de la maladie, suivant que l'on considère le ligament rond comme cause ou comme effet du déplacement de l'utérus. Il a fait un grand nombre de fois cette opération dont il reste partisan pour les rétrodéviations mobiles. Quant au raccourcissement des ligaments ronds dans l'abdomen, c'est aujourd'hui une opération aussi rationnelle, aussi physiologique que l'opération précédente. L'orateur laisse : 1° un pédicule musculaire élastique à l'utérus, incapable de maintenir cet organe dans une position vicieuse et nuisible à l'accouchement. 2° Il est partisan de l'insertion dans la plaie; d'une partie résistante du ligament rond, mais pas de la plicature.

M. le Prof. Jonnesco condamne absolument l'opération d'Alexander. La voie abdominale est seule utile. Dans la rétrodéviation, il y a deux éléments à considérer : la rétrodéviation elle-même, que l'on doit corriger par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds; ensuite la courbure que forme le corps de l'utérus avec le col et à laquelle on remédie par la cunéo-hystérectomie, opération que l'orateur a déjà décrite. Enfin, il pratique la plicature du ligament large à sa base, ce qui est utile, car le ligament rond plicaturé ne serait pas sans cela suffisamment soutenu. Il a obtenu par cette méthode de très bons résultats depuis quatre ans.

M. le Prof. Laroyenne (de Lyon). — *Du traitement du prolapsus génital par la suspension de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale.*

« J'ai proposé l'an passé, au Congrès de Gynécologie d'Amsterdam, une cure radicale nouvelle de la cystocèle vaginale : la cysto-hystéropexie. Ce procédé combine les avantages de la simple cystopexie antérieure, telle que l'a pratiquée M. Tuffier et de la vésico-fixation de Mackenrodt, où la vessie est suturée à l'utérus, mais après des manœuvres vaginales compliquées et sans fixation préalable de l'utérus.

« Le premier temps de l'opération est une hystéropexie abdominale. L'utérus ainsi fixé est guéri de son propre prolapsus, et va fournir un point de suspension solide à la vessie. Les derniers temps de l'opération comportent, en effet, la suture de la paroi postéro-supérieure de la vessie à la face antérieure de l'utérus, et de la face antérieure de la vessie à la paroi abdominale au-dessous de la zone d'adhérence réservée à l'utérus. L'important ici, c'est la suspension de la paroi postérieure de la vessie à l'utérus hystéropexié, et par son intermédiaire à la paroi abdominale. Nous considérons comme ordinairement insuffisants les procédés de cystopexie qui se contentent de suturer la face inférieure de la vessie et, si nous faisons encore cette suture, ce n'est que comme complément de la cysto-hystéropexie. En effet, c'est la paroi postérieure de la vessie qui prolabe dans la cystocèle vaginale, c'est à elle qu'on doit s'adresser dans la cure de cette affection. Au point de vue du prolapsus, les parois vésicales sont indépendantes l'une de l'autre, et l'on sait les modes multiples d'après lesquels peut se dilater la cavité vésicale. Ainsi, que la face antérieure de la

vessie soit adhérente en avant, son fond pourra cependant encore se distendre et forcer la paroi vaginale antérieure.

« Nous n'accordons pas grande confiance aux différentes colporrhaphies dans le traitement de la cystocèle, qu'elles marquent et ne suppriment pas. Elles ont même parfois l'inconvénient d'empêcher, en rétrécissant le vagin, le port d'un pessaire qui était utile, et dont ces opérations incomplètes n'ont pas supprimé le besoin.

« La technique de cette suture utéro-vésicale et vésico-pariétale se rapproche de celle que nous avons antérieurement adoptée pour l'hystéropexie. Dans l'hystéropexie, nous poussons de bas en haut l'utérus où il doit être fixé, à l'aide d'un hystéromètre de fort volume introduit dans sa cavité. Dans la cystopexie, après dilatation de l'urèthre, l'index est introduit dans la cavité vésicale, et porte facilement au contact de l'utérus tout voisin la paroi vésicale postérieure, puis au contact du péritoine pariétal, la paroi vésicale antérieure. Cet index juge du degré de pénétration des aiguilles dans l'épaisseur des parois vésicales, et prévient tout risque de perforation. Ici encore, comme dans l'hystéropexie, nous utilisons des aiguilles-broches dont nous avons montré ailleurs les avantages. Afin de pouvoir commodément attacher la vessie à l'utérus et ne pas être gêné à ce moment par l'immobilité de ce dernier organe qui vient d'être hystéropexié, il faut avoir soin de ne pas serrer immédiatement les fils d'hystéropexie, et attendre, pour le faire, que la vessie ait été suturée à l'utérus.

« La dilatation de l'urèthre et l'introduction d'un doigt dans la cavité vésicale effrayeront peut-être quelques opérateurs. Cependant nous n'avons pas vu persister d'incontinence vésicale à la suite de ces manœuvres. Elle cesse au bout de peu de jours et quelquefois n'existe, même au début, qu'à un faible degré. Les symptômes de cystite légère observés dans quelques cas ont cédé à une ou deux injections de nitrate d'argent. En définitive le doigt intra-vésical n'a causé que des inconvénients insignifiants, et a considérablement facilité l'opération. Mais si ce point de technique n'était pas accepté, on ne devrait pas, pour cela, renoncer à l'opération que nous recommandons. La cysto-hystéropexie, la fixation de la paroi vésicale postérieure à l'utérus hystéropexié pourrait être faite par n'importe quel procédé.

« Après cette intervention qu'on terminera par une périnéorrhaphie, si l'état du périnée la réclame, non seulement la cystocèle disparaît, mais on observe, avant de refermer l'abdomen, un effacement, facile à comprendre, du cul-de-sac vésico-utérin qui semble être une garantie contre toute récidive. »

M. le Dr J. Kiriac (de Bucarest). — *Traitement du prolapsus utérin.*

L'auteur a imaginé une méthode spéciale qui consiste dans la fixation aux parois abdominales, non seulement de l'utérus, mais de la vessie elle-même. Cette opération, faite pour la première fois à Bucarest en 1891, a été nommée par l'auteur : *Hystéro-Cysto-Ventro-Pexie.*

En 1895, le 14 novembre, l'auteur ne s'est pas contenté d'une hystéropexie simple; en effet, il y a ajouté l'enlèvement d'un lambeau assez grand, pris

sur la face antérieure de l'utérus et un autre sur la paroi abdominale. Ces deux surfaces saignantes sont, après, réunies entre elles par des fils de soie.

Voici, du reste, la manière de pratiquer l'opération :

On met la malade dans la position inclinée de Trendelenburg. Une fois le prolapsus réduit, on ouvre l'abdomen; on saisit l'utérus soit avec la main, soit avec une *pince-érigne*, et on le fait sortir au niveau de la plaie abdominale. Après, on dessine, sur la surface antérieure de l'utérus, un lambeau, généralement de 3 centimètres carrés, et on commence une dissection minutieuse, en entamant même le tissu musculaire utérin. Après cela, on résèque de chaque côté de la plaie une partie correspondante du péritoine pariétal. On applique une compresse stérilisée sur la plaie utérine pour faire cesser la petite hémorragie éventuelle. Un aide introduit une sonde de femme dans la vessie, et pousse le fond de cet organe le plus haut possible; la paroi postérieure de la vessie est réunie à la face antérieure de l'utérus, au-dessous du lambeau incisé, par un point de suture verticale toujours à la soie. La paroi antérieure de la vessie est attachée à la paroi abdominale par un autre point de suture au-dessus de la symphyse. On fait, après, l'hystéropexie par la méthode ordinaire (Czerny), en mettant en contact les deux larges surfaces saignantes de l'utérus et de la paroi abdominale dépourvue de son péritoine. On ferme l'abdomen par plusieurs points de sutures à deux étages, et l'opération est terminée.

I. Cette méthode, d'après l'auteur, serait supérieure à toutes les autres, en ce sens que la réunion de l'utérus et de l'abdomen se fait par de larges surfaces saignantes qui donnent une cicatrice assez solide et permanente, impossible de céder. La preuve en est dans un cas où l'auteur a pu revoir une malade une année après l'opération avec une récidive de cystocèle, tandis que l'utérus est resté à la même place où il avait été fixé au moment de l'opération, c'est-à-dire à 9 centimètres au-dessus de la symphyse. C'est pour cela que l'auteur se propose de fixer à la première occasion la vessie à l'utérus et à la paroi abdominale, toujours par des surfaces saignantes.

II. Bien qu'on fixe l'utérus très haut, atteignant même 9 centimètres au-dessus de la symphyse; bien que la vessie soit fixée à l'utérus et à l'abdomen, sur 15 opérations, l'auteur n'a jamais constaté de troubles dans la fonction urinaire.

III. Quant à l'accouchement, il n'y aurait pas d'inconvénients, étant donné que d'un côté l'opération devrait être pratiquée sur des femmes âgées, et d'un autre côté, s'il s'agissait même de femmes jeunes, la gravidité ne pourrait pas être entravée, vu que le fond de l'utérus reste libre, le lambeau étant confectionné à partir de l'isthme, et s'arrêtant à une distance assez éloignée du fond de l'utérus.

M. le Dr Inglis-Parsons (de Londres). — *Nouveau traitement du prolapsus de l'utérus, avec notes se rapportant à trente cas.*

Le prolapsus de l'utérus s'opérant graduellement, les ligaments distendus ne sont pas réparés par la nature comme dans les autres dislocations.

Le principe de ce traitement est de stimuler le tissu cellulaire dans les ligaments larges, dans des conditions antiseptiques, de sorte que le cours de la reformation des tissus se produit d'une manière similaire à celui des autres parties du corps.

Le chirurgien, par l'injection d'une solution de quinine, ou de tout autre liquide, produit la formation de la lymphe; la nature fait le reste, la réorganisation suit, et les ligaments deviennent alors assez forts pour supporter l'utérus.

L'opération consiste à faire pénétrer une fine aiguille à travers les parois du vagin jusqu'à moitié de la partie basse des ligaments larges, et y injecter une solution de sulfate de quinine.

Un pessaire est nécessaire pendant quelques jours pour maintenir l'utérus en place jusqu'à la formation de la lymphe; on peut alors l'enlever.

L'emploi d'un anesthésique n'est pas nécessaire, mais est cependant meilleur, quoique l'opération ne dure que quelques minutes.

Après l'opération il y a peu ou point de douleur, et la température reste généralement normale.

La malade doit garder un repos complet de 4 à 6 semaines, selon la gravité du cas, jusqu'à complète réorganisation.

Une injection est souvent suffisante, mais pour des cas existants depuis plusieurs années, 3 ou 5 peuvent être nécessaires.

L'opération a été faite à tous les âges, entre trente et un et soixante-six ans.

Le traitement ne gêne pas la grossesse. L'accouchement à terme de 2 malades s'étant produit dans d'excellentes conditions. En procédant avec soin et en employant les méthodes antiseptiques, l'opération n'est pas dangereuse, aucun malade n'ayant succombé. Les résultats sont excellents, le 1er cas ayant eu lieu il y a trois ans, et l'opérée est encore en bonne santé.

Trente cas en tout ont été traités.

La plus grande partie étaient des malades atteintes de procidence complète, quelques-unes d'entre elles souffrant depuis plus de vingt ans. Outre le prolapsus, les parois vaginales et l'assise pelvienne étaient molles et distendues. L'utérus agrandi et lourd, quelquefois ulcéré par friction ou avec une grande érosion, et endométrite provenant de congestion chronique.

Les symptômes de cystocèle se produisent fréquemment à la vessie.

Si l'utérus est soutenu, toutes ces complications commencent à s'améliorer, et dans beaucoup de cas disparaissent peu à peu. Sur 30 cas, 25 ont réussi, les opérées étant capables de fournir un travail pénible et de gagner leur vie. 3 cas ont éprouvé de l'amélioration et 2 ont eu une rechute.

M. le Dr Spinelli (de Naples). — *Du traitement chirurgical conservateur de l'inversion utérine chronique.*

Deux voies se présentent pour opérer la réduction chirurgicale sanglante d'un utérus chroniquement inverti : l'abdominale et la vaginale.

La première comprend les procédés de Thomas et d'Everke; l'autre ceux de Küstner et de Kehrer.

Le procédé de Thomas, sauf quelques succès, ne s'est pas montré propre à la réduction de l'organe. Celui d'Everke est superflu.

Les procédés originaux de Küstner et de Kehrer, malgré les succès rapportés par les auteurs, ne méritent pas de rester dans la pratique, parce que l'un présente des difficultés à la réduction de l'inversion, l'autre à la reposition de l'organe dans la cavité abdominale.

Au contraire, les procédés de colpo-hystérotomie postérieure et antérieure modifiés répondent parfaitement au but de la réduction et de la reposition de l'utérus.

La méthode de colpo-hystérotomie compte déjà 11 opérations, avec 9 résultats favorables.

Auquel de ces deux procédés faut-il donner la préférence : à la colpo-hystérotomie postérieure ou bien à l'antérieure?

Le procédé de colpo-hystérotomie postérieure est sujet à la principale objection suivante : dans l'inversion chronique, l'angle d'inversion est aminci : les ligaments larges, allongés et invaginés dans le sac, finissent par perdre toute fonction mécanico-dynamique pour la statique utérine: par la suture de l'utérus la paroi postérieure est plus pesante, et la rétrodéviation devient une nécessité après la reposition de l'organe. Dans trois cas, sur les 9 publiés, on a constaté cette rétrodéviation.

Le procédé de colpo-hystérotomie antérieure, comme je le préconise, ne prédispose pas à la rétrodéviation et à la réduction et reposition facile de l'utérus, il ajoute la juste position; c'est donc à lui que l'on doit donner la préférence.

Discussion. — M. le Dr Morisani (de Naples) rectifie certaines affirmations du précédent orateur. Il emploie le procédé de M. Piccoli, un de ses aides, qui, au Congrès de Rome de 1894, a proposé une méthode nouvelle pour réduire l'inversion chronique de l'utérus. Voilà en quoi consiste cette méthode. Il s'agit d'ouvrir le cul-de-sac postérieur du vagin après désinfection, de fixer la matrice invertie, et de pratiquer une incision dans la paroi postérieure de l'utérus, depuis l'orifice jusqu'au fond de l'utérus. Après quoi, on réduit très facilement la matrice invertie, puis on pratique la suture de la plaie utérine et celle du vagin. M. Piccoli a discuté les raisons pour lesquelles il est préférable d'ouvrir la paroi postérieure, au lieu d'ouvrir le cul-de-sac antérieur du vagin. Les raisons exposées par l'orateur précédent n'ont pas beaucoup de valeur. D'abord, il n'est pas exact d'affirmer que les annexes de l'utérus s'atrophient, et que la matrice elle-même s'atrophie et s'amincisse considérablement dans l'angle qui correspond à l'orifice interne, et qu'après l'opération il se produise une rétroflexion de l'utérus. Chez une femme que l'orateur a opérée, la matrice est restée à sa place naturelle après l'opération; aucune inclinaison en arrière ne s'est produite. Il a observé cette femme deux ans après l'opération, et il a pu se convaincre que l'utérus était bien resté à sa place naturelle.

Les méthodes de Küstner et de Kehrer, d'après lesquelles on prétend que M. Morisani a opéré, présentent une différence considérable avec sa propre

opération. Küstner, en effet, ouvre la matrice depuis l'orifice interne jusqu'à 2 centimètres du fond, et il fait la réduction de l'organe à travers le trou ainsi pratiqué au corps de l'organe. Kehrer fait une incision de l'orifice externe du col, et la prolonge en haut jusqu'à la moitié du corps de la matrice; il fait la réinversion à travers l'incision et il est, comme le précédent, obligé de faire des pressions. Il n'y a évidemment aucune comparaison à établir entre ces opérations et la méthode de réinversion que l'orateur a pratiquée. Un autre de ses aides, le Dr Lava, a fait la même opération, avec le même résultat.

Pour l'inversion chronique de l'utérus, il n'y a donc qu'une seule opération à faire, c'est celle de M. Piccoli, que MM. Morisani et Lava ont faite; toutes les autres opérations sont des opérations ajoutées à la première et qui n'ont qu'un intérêt secondaire et soumis aux indications des différents cas.

M. le Dr Boimont (de Saint-Joire). — *Des troubles de la menstruation dans certaines maladies de l'estomac.*

L'auteur explique que le but de sa communication est d'établir que la dysménorrée avec ménorragie, sans lésion anatomique, est un syndrome subordonné à l'existence d'une affection de l'estomac, et non une entité morbide. Peu de recherches ont été faites dans ce sens jusqu'à ce jour. L'auteur traite l'étiologie de la question : entre les différentes maladies de l'estomac, celles qui causent des troubles de la menstruation sont, d'après ses observations, la dilatation de l'estomac par atonie des parois, la dyspepsie par excès de contractions et par hyperchlorhydrie, et la dyspepsie par troubles de sensibilité; en outre, le neuro-arthritisme joue un grand rôle. L'estomac, se laissant distendre, refoule les divers organes abdominaux et gêne la circulation en retour; de là, congestion utéro-ovarienne; en outre, les toxines produites par un trop long séjour des aliments dans l'estomac, agissent sur les plexus hypogastriques du grand sympathique; il en résulte une excitation des branches nerveuses qui se rendent aux ovaires et à l'utérus. Quant aux symptômes, ils ne doivent pas être séparés de ceux de la dilatation de l'estomac et de la dyspepsie. Il en est de même pour le traitement, puisque ce dernier, pour être effectif, doit s'adresser à la cause; le système nerveux jouant un rôle très important, il faut administrer un névrotrophique, et l'atropine a donné de bons résultats.

L'auteur rapporte ensuite deux observations typiques parmi toutes celles qu'il lui a été donné de traiter; elles confirment pleinement ce qu'il avance.

Il résulte de ces observations :

1° Que les troubles de la menstruation sans lésion anatomique ne sont pas une entité morbide, mais un syndrome dépendant d'une maladie de l'estomac, plus particulièrement de la dilatation de l'estomac par atonie des parois, ou d'une dyspepsie, chez les personnes ayant une tare neuro-arthritique.

2° Que le traitement doit être dirigé contre la maladie principale, et non contre la dysménorrée, la ménorragie et la métrorragie, qui ne sont que symptomatiques.

M. le Dr Paul Petit (de Paris). — *Cystopexie indirecte par raccourcissement de l'aponévrose ombilico-pelvienne.*

L'aponévrose dénommée *ombilico-vésicale* par M. Delbet, et que l'auteur préfère appeler *ombilico-pelvienne*, puisqu'on peut la suivre sur toute l'étendue du petit bassin, résulte d'une condensation du tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle nait, au voisinage de l'ombilic, au devant du péritoine et de l'ouraque, et descend, entre les deux artères ombilicales, pour engainer la partie sus-diaphragmatique des viscères pelviens et les vaisseaux qui lui sont destinés. En abordant la vessie, elle se dédouble nettement en deux feuillets : le feuillet superficiel couvre la face postéro-supérieure de l'organe; le feuillet profond couvre sa face antéro-inférieure et le segment extra-vaginal de sa face postéro-inférieure.

Pour découvrir l'aponévrose, il faut inciser la gaine des muscles droits, récliner de part et d'autre ces muscles, isoler et détacher autant que possible, le fascia propria. Pour la séparer du péritoine, il faut commencer par faire une courte incision, le long et en dedans de l'une des artères ombilicales et profiter du relief de l'artère pour glisser, par cette petite brèche, une sonde cannelée qui amorce le décollement. Ceci fait, on incise l'aponévrose :

D'abord transversalement, entre les deux artères ombilicales et à peu de distance de l'extrémité supérieure de l'incision pariétale, en tranchant du même coup l'ouraque dont on pince le bout inférieur; puis, de haut en bas, en dedans des artères ombilicales, en visant à peu près l'épine du pubis.

On a ainsi isolé, entre les deux artères ombilicales, un lambeau d'autant plus épais qu'on se rapproche davantage de la vessie, et qui se dédouble, en l'abordant, pour l'envelopper.

En tirant sur ce lambeau, à l'aide des pinces qui y sont fixées, on élève en même temps la corne vésicale.

Que les tissus soient fixés en l'état, et le lambeau (c'est-à-dire à peu près la totalité du segment abdominal de l'aponévrose ombilico-pelvienne) se trouvera raccourci d'autant et la corne vésicale sera maintenue à la hauteur choisie.

Pour cette vésico-fixation indirecte plusieurs anses de catgut superposées étreignent perpendiculairement à sa longueur le lambeau dont la partie la plus persistante est représentée par l'ouraque; puis, chacun des deux chefs de chaque anse s'enfile à droite et à gauche :

1° A travers la lèvre externe de l'incision de l'aponévrose en passant : *a.* en dedans de l'artère ombilicale dans la partie basse de l'incision, là où l'artère se porte déjà très en dehors, là où l'aponévrose est assez épaisse; *b.* en arrière, puis en dehors de l'artère ombilicale, dans la partie haute de l'incision, là où l'artère est assez rapprochée de l'ouraque, là où l'aponévrose est peu épaisse et se trouve bien de la présence de l'artère tout près de son incision pour donner appui au fil;

2° A travers le muscle droit et les deux feuillets de sa gaine. Les anses de fil qui embrassent le lambeau, une fois serrées, le transforment en une corde dont l'ouraque normal est le centre, en font comme une sorte d'ou-

raque renforcé et très solide que l'on raccourcit par section de toute la partie qui dépasse l'incision transversale et supérieure de l'aponévrose.

Lawson[1] a décrit, avant l'auteur, un procédé similaire à lambeau péritonéal qui comprend à la fois le péritoine et l'aponévrose ombilico-pelvienne, puisqu'ils sont adhérents et qu'on n'a pas pris la peine de les décoller, et on le maintient par des sutures qui traversent la paroi abdominale.

Ce procédé a peut-être sur celui que l'auteur propose l'avantage d'être plus expéditif. — On pourra y recourir pour les femmes grasses chez lesquelles l'aponévrose ombilico-vésicale est moins résistante, moins distincte, toutes les fois qu'on éprouvera quelque peine à l'isoler du péritoine, suivant le tour de main indiqué. Mais il estime qu'en bornant le raccourcissement à cette aponévrose, on répond mieux aux conditions physiologiques qu'en la tassant en un cordon médian ; on obtient un point d'appui au moins aussi solide qu'en cousant, tel qu'il se présente, par ses bords, le lambeau péritonéo-fibreux ; qu'il n'est pas encore absolument indifférent, au moins pour les malades, malgré les progrès accomplis, d'ouvrir ou non le péritoine.

Ces deux procédés lui paraissent présenter les mêmes avantages, au point de vue physiologique, que le raccourcissement des ligaments ronds, à savoir de reconstituer et renforcer les agents de suspension normaux, de remettre les organes en bonne place sans prendre un point d'appui anormal sur leur paroi.

L'auteur n'a encore expérimenté que sur le cadavre celui qu'il propose, pour la bonne raison que les colporraphies bien serrées lui donnent des résultats suffisants. Mais il le recommande aux fervents de la cystopexie et il ne dit pas qu'il n'en fasse pas lui-même l'application, en cas de cystocèle très prononcée, chez les femmes atteintes de cette faiblesse générale des tissus qui incite à l'emploi de manœuvres exceptionnelles.

M. le Dr Poney (de Montevideo) soumet au Congrès une étude sur *100 cas* personnels de *rétrodéviations utérines*. Un premier fait se dégage de cette étude ; c'est que dans plusieurs cas de rétrodéviations non adhérentes, on n'a pas besoin d'opérer : les réductions manuelles, aidées de légères compressions de l'utérus, les moyens décongestionnants, comme le port d'un pessaire convenable, assurent la guérison ; il faut toujours essayer ces moyens avant de recourir à une opération.

Les suites de couches constituent un moment extrêmement favorable pour obtenir la correction de l'axe utérin. Quelquefois, en même temps que la rétroversion, il existe des colites muqueuses, de la ptose viscérale : il faut en tenir compte ; dans les cas où il existe de la colpocèle, de la chute de la vessie et du rectum, les opérations plastiques sur le col, le vagin et le périnée peuvent suffire ; dix fois l'auteur a trouvé aussi l'indication du raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds ; quatre fois il a fait une colpotomie postérieure, et avec l'index il a décollé complètement les adhérences de la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges ; puis

1. Lawson. *Opération pour le relèvement de la vessie chez la femme dans le prolapsus ou la cystocèle* (*Brit. med. Journal*, juillet 1898).

il a fait une réduction forcée bimanuelle et il a terminé par le drainage; les résultats fonctionnels ont été excellents. Deux fois il a fait d'abord une cœliotomie vaginale et a terminé par une hystéropexie vaginale à la Dührssen; une fois il a pratiqué l'opération de Laroyenne. Enfin, l'auteur réserve le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, qu'il a pratiqué quatre fois, pour le cas où il fait la conservation d'annexes malades après les avoir libérées d'adhérences et les avoir ponctionnées; toutes les malades ont guéri.

QUATRIÈME JOURNÉE : *Séance du soir.*

Présidence de M. le Prof. TERRIER, puis de M. MORISANI, assisté de MM. les Docteurs S. POZZI et MENDES DE LÉON.

La principale question à l'ordre du jour est celle des *métrites.*

On entend d'abord les rapports de MM. Dœderlein (de Tubingen), Mendes de Léon (d'Amsterdam) et Pozzi (de Paris).

M. le Dr DŒDERLEIN (de Tubingen). — *Les métrites cervicales.*

Aujourd'hui les causes des maladies inflammatoires des canaux ou cavités du corps, communiquant avec l'extérieur, doivent être cherchées tout d'abord dans une infection microbienne.

Les recherches bactériologiques modernes ont conduit à ce résultat, que c'est l'orifice externe de l'utérus qui forme la limite entre une partie inférieure des organes génitaux, contenant des micro-organismes, et une partie supérieure, qui n'en contient pas.

Dans le col de l'utérus et dans son mucus il n'y a donc pas, en général, de microbes.

Des micro-organismes introduits naturellement ou bien artificiellement au cours de recherches expérimentales, cessent de vivre et sont détruits par le mucus cervical alcalin.

Grâce à cette qualité bactéricide, le col de l'utérus se protège non seulement lui-même des microbes, mais il défend en même temps l'utérus, les trompes et la cavité péritonéale des micro-organismes qui pénètrent dans le vagin et y vivent.

Parmi les parasites pathogènes, germes qui pénètrent dans les tissus sains et vivants, et qui y produisent une inflammation, il n'y a que deux espèces, le *gonococcus Neisser* et le *bacillus tuberculosi Koch*, qui ont une signification étiologique pour les métrites cervicales.

Tandis que la localisation de la gonorrée au col est très fréquente, l'infection tuberculeuse limitée au cervix est extrêmement rare.

Les moyens de protection du col de l'utérus ne peuvent rien contre les gonocoques; les autres germes qui pénètrent avec les gonocoques ou après eux ne peuvent pas s'y établir, de sorte que les infections mixtes n'y sont pas vraisemblables.

Les maladies tuberculeuses, syphilitiques et diphtéritiques du col de l'utérus sont des maladies à part, très différentes de ce qu'on appelle la métrite cervicale.

Si l'on envisage les métrites cervicales non infectieuses, on voit que les déchirures du col jouent un grand rôle étiologique, de même que toutes les causes et maladies qui produisent la métro-endométrite.

La muqueuse du col est disposée aux hyperplasies, polypes et aux lésions indurative ou érosives; celle de la portion vaginale, au contraire, aux changements de l'épithélium, c'est-à-dire aux érosions papillaires et folliculaires.

L'épithélium pavimenteux est remplacé par un épithélium cylindrique, qui tend à une prolifération extraordinaire.

Les lésions anatomo-pathologiques sont bien connues et hors de conteste; l'étiologie, au contraire, a besoin d'être ultérieurement étudiée, soit par des recherches bactériologiques, soit par des observations cliniques.

M. le Prof. MENDES DE LÉON (d'Amsterdam). — *Les métrites cervicales.*

Les lésions pathologiques du col de l'utérus qui sont censées caractériser le syndrome *métrite cervicale* sont, au point de vue clinique, difficiles à séparer des inflammations chroniques du corps de l'utérus et notamment de celles de la muqueuse.

Ce qu'on est convenu de désigner sous le nom « d'érosion » joue un rôle important dans la symptomatologie de ces altérations. Les opinions divergentes concernant son origine peuvent être divisées en quatre groupes principaux :

1° L'érosion est considérée comme perte de substance; desquamation de l'épithélium pavimenteux sur un terrain enflammé, ce qui constitue réellement un premier degré d'ulcération (C. Mayer).

2° L'érosion est regardée comme une métaplasie de l'épithélium pavimenteux en épithélium cylindrique coexistant avec une néoformation glandulaire (Ruge et Veit).

3° L'érosion est considérée en partie comme un ectropion histologique congénital, et en partie comme une véritable ulcération du col (Fischel).

4° L'érosion est égale à l'ectropion (Doléris).

Selon l'opinion de Doléris, l'ectropion est, proprement dit, un endroit dénudé d'épithélium. Ainsi la présence d'épithélium cylindrique ne prouverait nullement la métaplasie, mais bien l'évidence d'un ectropion de la muqueuse cervicale. Si en dessous de celle-ci se trouvent des glandes, elles doivent être considérées comme les glandes cervicales de la muqueuse ectropionnée et nullement comme des néoformations, comme le veulent Ruge et Veit.

Au point de vue clinique, cette question, d'ailleurs, ne saurait intéresser le gynécologue que d'une façon secondaire, à moins que des phénomènes coexistants ne fassent naître le soupçon de néoformation maligne, auquel cas la signification clinique devient plus importante. A l'encontre de certains auteurs qui ne parlent de *métrite* que lorsque la maladie s'est développée sous l'influence de micro-organismes, on peut distinguer deux formes de processus inflammatoire de l'utérus : la forme bactérienne et la forme non bactérienne.

L'importance de cette distinction n'est pas douteuse en théorie, au point de vue purement scientifique. Elle serait de même d'une grande valeur pratique dans les cas concrets, mais vu la presque impossibilité de découvrir l'étiologie des formes chroniques, il est plus rationnel de juger d'après le syndrome clinique (anamnèse, anatomie pathologique), s'il s'agit d'une endométrite catarrhale proprement dite, ou d'une pseudo-endométrite (hypertrophie, hyperplasie). Suivant l'anatomie pathologique, la forme catarrhale est caractérisée par la présence de leucocytes dans le stroma; la pseudo-endométrite se distingue par une prolifération exubérante glandulaire, et par l'augmentation du stroma, tandis que dans l'atrophie de la muqueuse celle-ci se compose presque entièrement de tissu conjonctif atrophié.

La symptomatologie de la *métrite* des auteurs français s'accorde parfaitement avec celle de l'*endométrite* que nous reconnaissons, ainsi que l'anatomie pathologique en ce qui concerne la muqueuse; mais comme d'un autre côté il arrive souvent que beaucoup de cas d'endométrite ne sont caractérisés ni par l'augmentation de volume de l'utérus ni par l'induration du col, et que le tissu musculaire de l'organe n'a pas subi d'altérations, il en ressort que la dénomination de *métrite* n'est pas toujours applicable.

Il n'y a que dans les affections gonorréiques et septiques de l'utérus qu'on a vu régulièrement pénétrer plus profondément le processus inflammatoire, jusque dans la substance musculaire.

Dans l'étiologie des affections non infectieuses de l'endometrium, on reconnaît l'influence préalable d'une hyperémie de longue durée, passive ou active de l'appareil génital, telle que celle qu'entraînent les fatigues physiques, les rhumes, l'habitude de prendre des bains froids aux époques menstruelles, la constipation chronique, le coïtus reservatus, l'onanisme, de même que la subinvolution post-partum ou post-abortum et, enfin, les fibromyomes et les déplacements de l'utérus.

Quant aux inflammations infectieuses, septiques ou spécifiques de l'utérus, il faut chercher leur origine dans les bactéries de toute espèce, dont la présence dans la partie inférieure du canal génital a été indubitablement démontrée, même chez les femmes bien portantes. Il y a surtout l'endométrite puerpérale où non seulement l'élargissement de l'entrée de la cavité utérine facilite l'invasion des microbes, mais où la surface interne de l'organe criblée de plaies, avec ses vaisseaux sanguins et lymphatiques ouverts, offre un champ fertile aux micro-organismes qui y ont pénétré. Mais aussi, dans l'utérus non puerpéral, une maladie inflammatoire peut se développer dans les cas où une lésion quelconque de l'endometrium (suite opératoire, avortement artificiel) coexiste avec l'invasion des germes pyogènes (staphylocoques et streptocoques), tandis que certaines bactéries spécifiques telles que les gonocoques, les bacilles tuberculeux, syphilitiques ou diphtériques suffisent, à elles seules, à provoquer une inflammation de la muqueuse intacte. La plupart de ces agents, combinés ou non avec des troubles de la circulation, peuvent provoquer le syndrome de la métrite cervicale.

Ici se pose la question de savoir si les symptômes dont nous parlons se limitent rigoureusement au col. Où est la probabilité qu'un processus inflammatoire ayant pris possession d'un organe entièrement revêtu de muqueuse et continuellement en contact avec toutes sortes d'influences préjudiciables, serait arrêté par une limite aussi facile à franchir que l'ostium internum; limite ayant, il est vrai, une valeur topographique et anatomique, mais à peine clinique. Aussi a-t-il été démontré par les phénomènes cliniques ainsi que par l'anatomie pathologique, que les affections partielles de la muqueuse utérine doivent être rangées parmi les cas exceptionnels. Il s'ensuit qu'une discussion sur la métrite cervicale nous entraînerait inévitablement sur le terrain des lésions du corps de l'utérus concomitantes avec elle.

Il y a divergence d'opinions à l'égard de la corrélation du catarrhe cervical avec le catarrhe du corps. Mon honoré co-rapporteur, M. le Dr Pozzi, a dit dans son Manuel de Gynécologie à propos de cette question :

« La localisation du mal est ordinairement au niveau du col; c'est le catarrhe cervical de certains auteurs. Je crois qu'on le décrit à tort comme une lésion circonscrite; en pareil cas, il y a toujours altération concomitante de la muqueuse du corps; on agira donc en conséquence sous peine de mécompte. » Je me range entièrement à son avis.

Il y a déjà quelques années, à la suite de recherches que j'avais entreprises de concert avec le Dr van Tussenbroek, j'ai été à même de constater que, sur 100 muqueuses examinées, il n'y a eu que 9 catarrhes cervicaux isolés; d'un autre côté, j'ai trouvé 55 catarrhes du corps, dont 39 circonscrits et 16 combinés avec le catarrhe cervical.

Quand la présence des symptômes indiquant une métrite cervicale a été constatée, il est difficile de démontrer ou d'exclure une affection de la muqueuse du corps. Les érosions sous toutes les formes, un col ouvert, l'engorgement du col cyanotique, indiquent indubitablement une métrite cervicale, tandis que la source des métro et ménorragies se trouve d'ordinaire dans la muqueuse du corps, à moins que celles-ci ne proviennent de polypes cervicaux ou d'érosions papillaires très étendues, saignant au moindre contact. En l'absence d'érosions, et lorsqu'il existe cependant une sécrétion muqueuse ou purulente plus ou moins abondante, il y a presque certitude que nous avons affaire à un catarrhe du corps. En outre, la prédominance de symptômes indirects et réflexes, tels que fatigue, dépression psychique, céphalalgie, anorexie, dyspepsie, palpitations, ténesme vésical, incontinence d'urine, etc., démontre surtout des lésions de la muqueuse du corps, dont un des principaux symptômes consiste en douleurs et métrorragies abondantes à la suite de l'introduction de la sonde.

Le traitement de la métrite cervicale a fait, presque toujours en connexion avec les affections du corps, surtout en France, le sujet de bien des discussions et mis en mouvement un grand nombre de plumes. Or, il paraît d'après la littérature que, tandis que quant à la pathogénie et à la symptomatologie les deux lésions sont généralement à considérer séparément, il n'en est pas de même pour le traitement. Il n'a été que rarement

question d'*indications*, pour un traitement exclusif du col, bien que la technique de ce traitement ait été vivement discutée. Même dans les cas prononcés de catarrhe cervical avec ectropion important, où la thérapeutique chirurgicale a été regardée comme indispensable, la plupart des auteurs préconisent un curettage préalable. En général l'indication de ce traitement existe en réalité, puisque la muqueuse du corps se trouve presque toujours atteinte en même temps, tandis que dans les cas douteux, où les symptômes cliniques ne sont pas nettement prononcés, on peut toujours appeler à son aide l'examen microscopique pour confirmer le diagnostic.

Toutefois il me paraît irrationnel, si, malgré un traitement local de longue durée, on n'a pas réussi à vaincre une leucorrée purulente rebelle, accompagnée ou non d'érosions et d'ectropion, de conclure à l'amputation du col, avant de s'être bien et dûment convaincu de l'état de la muqueuse du corps, parce que quand celle-ci est également atteinte, comme c'est l'ordinaire, le curettage est indiqué comme pouvant fournir de bien meilleurs résultats qu'une opération aussi mutilante.

Je ne m'étendrai pas sur les nombreux traitements et les méthodes opératoires en usage pour la guérison de la métrite cervicale. Pour cela il faudrait empiéter sur le terrain de la littérature, et ce serait dépasser le cadre de ce court résumé.

Quant à mon opinion personnelle sur ce point, je ne saurais la donner, ayant rencontré trop rarement l'occasion d'appliquer successivement le traitement de la métrite cervicale.

Conclusions. — 1° Il ne faut ni considérer ni traiter la métrite cervicale comme affection isolée, attendu que dans la grande majorité des cas, elle va de pair avec une affection pareille du corps utérin ;

2° Le terme « métrite cervicale » devrait, dans la plupart des cas, être remplacé par celui d'endométrite cervicale, puisque l'inflammation de la muqueuse ne coexiste que rarement avec une lésion des tissus plus profonds.

M. le Dr Pozzi (de Paris). — *Les métrites cervicales.*

L'orateur pense que les métrites cervicales peuvent constituer une maladie spéciale et indépendante : ceci est vrai pour les métrites cervicales aiguës, notamment la métrite aiguë blennorragique, de même que pour les métrites cervicales chroniques, notamment celles qui existent à la suite d'une lacération due à l'accouchement, lacération qui a favorisé le catarrhe chronique. L'infection isolée du col peut ne pas se borner à la muqueuse; si elle dure longtemps, le col devient scléro-kystique, criblé de nodosités, d'œufs de Naboth. Il peut donc y avoir pendant longtemps de la métrite cervicale superficielle ou profonde, mais ces faits sont exceptionnels; le plus souvent, la métrite cervicale ne tarde pas à envahir l'intérieur de l'utérus par la muqueuse. La propagation ne se fait-elle que par la muqueuse? Il y a des cas qui montrent que l'infection se propage non seulement à la muqueuse, mais au corps utérin tout entier; il s'agit là sans

doute de propagation par les lymphatiques. Il existe également des ovarites consécutives à l'infection utérine, même à une infection cervicale de longue durée. En pareil cas, c'est sans doute aussi par voie lymphatique que se propage l'infection, mais il faut également faire jouer un rôle au varicocèle utérin, qui précède le varicocèle ovarien; celui-ci est une cause pathogénique certaine des infections ovariennes.

La métrite cervicale a donc une importance extrême; elle a presque toujours pour cause une lacération post partum ou post abortum qui en favorise l'infection. Cette lacération peut être l'origine d'une métrite aiguë et rapide du col. Mais elle peut donner lieu aussi à une infection moins aiguë et moins rapide. Cette infection plus bénigne détermine une inflammation chronique qui, alors même qu'elle aboutit à la guérison, laisse des cicatrices au niveau et autour desquelles se forme du tissu inodulaire, un étranglement des glandes avec production de petits kystes, une prolifération du tissu conjonctif. Il faut donc guérir le plus tôt possible les lacérations et les ulcérations du col. Quel traitement peut-on instituer pour cela? 1° On peut faire une asepsie vaginale parfaite (injections, tamponnement). 2° Une antisepsie et une stérilisation du foyer infecté (topiques divers). 3° On a été jusqu'à la destruction partielle par l'application de caustiques. 4° Enfin, on peut opérer la destruction des tissus infectés, par l'instrument tranchant.

La cautérisation par les caustiques faibles ou forts est illusoire et la destruction qu'elle provoque n'est jamais complète. Bien plus, les caustiques forts sont dangereux, car ils peuvent déterminer de l'atrésie de l'orifice externe du col.

En ce qui concerne la destruction par les instruments, on a fait le hersage, l'évidement avec des curettes plus ou moins tranchantes, enfin l'opération de Schrœder. Celle-ci est une opération difficile, notamment pour le passage des sutures; si l'affrontement n'est pas parfait, on a des cicatrices post-opératoires, et on tombe dans les inconvénients qu'on veut éviter. L'orateur préfère la résection biconique du col avec un petit lambeau interne et un lambeau externe vaginal plus grand; il enlève, avec le coin, la totalité du tissu inodulaire et les ulcérations. Peut-on pratiquer l'opération d'Emmet? Celle-ci ne doit jamais être faite dans le cas d'ulcérations, elle n'est applicable que pour les tissus cicatriciels; elle est donc plus limitée que celle que propose l'orateur, elle est, en outre, plus difficile, et elle n'a pas les avantages de l'opération précédente.

Faut-il faire le curettage? Oui, il faut l'essayer et explorer la muqueuse utérine; si l'on ne ramène rien, le curettage aura été simplement explorateur, mais si l'on ramène quelque chose, il aura été curateur.

L'opération préconisée par M. S. Pozzi a non seulement l'avantage d'agir efficacement sur le col, mais elle agit aussi sur le corps de l'utérus. Braun a montré qu'en guérissant le col chirurgicalement, non seulement on diminuait la longueur totale de l'utérus, mais, plusieurs mois après, on trouvait encore une subinvolution opératoire de l'organe, auquel on a retiré une épine; l'utérus est en effet désinfecté, déchargé de cette source d'infection qui partait du col.

L'orateur parle enfin des métrites cervicales, avec catarrhe muco-purulent, quelquefois transparent, compliquées de sténose réelle ou relative du col chez les femmes nullipares. Celles-ci souffrent et elles sont stériles. Il y a là un col conique en massue ou en pain de sucre avec type infantile de l'utérus, un corps et un col un peu fléchis (utérus en croissant). L'infection du col y détermine une accumulation de mucus, et c'est celle-ci qui fait souffrir les malades. Chez les femmes non vierges, il s'agit sans doute d'une infection gonococcique atténuée; chez les vierges, ce sont des saprophytes qui déterminent l'infection : celle-ci se rencontre le plus souvent chez les premières. L'indication capitale du traitement est de favoriser le drainage du col, pour le déterger, le débarrasser. Il faut donc ouvrir le col; par quel procédé? L'opération de Sims, le débridement bilatéral, puis les injections et le tamponnement présentent un gros inconvénient, c'est l'infection possible et fréquente; l'orateur connaît des femmes mortes de cette infection, mais il en connaît aussi qui ont eu de la paramétrite.

Après avoir drainé le col qu'on doit largement ouvrir, il faut guérir sa muqueuse. Ces deux indications sont remplies par une opération que l'orateur a déjà décrite : il s'agit de la stomatoplastie par évidement commissural du col. On peut ensuite traiter la muqueuse par des applications locales. Si elle est très malade, on peut l'exciser par l'opération biconique.

Cet intéressant rapport peut être résumé dans les propositions suivantes:

1° L'inflammation aiguë ou chronique du col peut exister pendant longtemps isolée et sans envahir le corps de l'utérus.

2° Toutefois les lésions aiguës de la muqueuse cervicale se propagent facilement à la muqueuse du corps, et les lésions chroniques du parenchyme cervical d'origine inflammatoire (dégénérescence scléreuse et sclérokystique, partielle ou totale) réagissent promptement sur la nutrition et l'état anatomique du corps utérin tout entier.

3° L'opération de la trachélorraphie est inférieure à la résection bi-conique du col, plus ou moins modifiée selon les circonstances. Elle doit être abandonnée.

4° Il existe un grand nombre d'inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de la muqueuse cervicale, chez les nullipares, qui sont liées à l'étroitesse de l'orifice externe et à l'insuffisance du drainage qui en résulte. La partie la plus importante du traitement est alors de reconstituer opératoirement, d'une façon durable, un orifice suffisant au col de l'utérus.

M. le Dr G. Bouilly (de Paris). — *Des hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus.*

« Les éminents orateurs qui m'ont précédé ont beaucoup trop bien étudié le sujet des *métrites cervicales* dans son ensemble et dans ses aspects généraux pour que je sois tenté d'aborder de nouveau cette question. Je me permettrai seulement d'étudier un point particulier de ce sujet, à savoir : *les hypertrophies glandulaires localisées du col de l'utérus.*

« Les lésions chroniques du col ont presque toutes pour siège l'appareil glandulaire qui fait partie de sa structure; le nombre et le volume consi-

dérable des glandes, leur implantation profonde dans le tissu sous-muqueux et jusque dans les couches musculaires permettent de se rendre facilement compte de l'importance du rôle qu'elles jouent dans la pathologie du col. Du siège, du développement, des caractères anatomo-pathologiques de ces lésions glandulaires dépendent des variétés nombreuses d'aspect d'affections du col et découlent les indications thérapeutiques et opératoires variées. Suivant que le col utérin est plus ou moins largement déchiré ou ne présente pas de lacération, l'examen révèle des lésions d'aspect différent, et la symptomatologie et le traitement varient également. Dans les cols non déchirés, j'ai déjà appelé l'attention sur la *métrite cervicale glandulaire* des jeunes femmes, principalement nullipares, et j'ai fait remarquer, après bien d'autres auteurs, la ténacité de cette affection, sa résistance aux moyens simples de traitement et la nécessité pressante d'un traitement chirurgical actif. Dans les cols déchirés, il est de notion banale qu'après un certain temps et surtout après l'abus des cautérisations au nitrate d'argent ou au fer rouge, les glandes du col se bouchent à leurs orifices, se dilatent dans leurs tubes et leurs culs-de-sac, prolifèrent et se ramifient, augmentant de nombre et de volume, déterminant et entretenant autour d'elles un état d'infection chronique suivie de sclérose cellulaire ; cet état constitue la métrite parenchymateuse, avec dégénérescence scléro-kystique, comportant des variétés nombreuses d'aspect.

« Je laisse de côté tous ces points bien décrits et toutes ces lésions bien connues dans leur pathogénie, leur symptomatologie et leur traitement ; je ne veux signaler en ce moment qu'un cas, pour ainsi dire particulier, des lésions glandulaires, celui où ces lésions, au lieu d'être diffuses et étendues à la totalité du col, se localisent en un point, laissant intact ou à peu près le reste de l'organe. Il résulte de cette hypertrophie glandulaire localisée un aspect clinique spécial, capable de donner lieu à une erreur d'appréciation et de traitement.

« Cette petite lésion existe sous deux formes différentes. La première est la mieux connue et a été souvent signalée comme une cause de difficulté de diagnostic entre le cancer de l'utérus et les affections non néoplasiques. Elle consiste essentiellement dans la production, dans l'épaisseur d'une des lèvres du col, le plus souvent dans la lèvre postérieure, d'une nodosité dure, résistante, de consistance ligneuse, beaucoup plus appréciable au toucher qu'à la vue. Cette nodosité peut avoir le volume d'un petit ou d'un gros pois ; elle est enchâssée profondément dans le tissu du col, confondue avec lui, immobile, entourée de tissus sains, ayant leur consistance normale ; la lèvre opposée est saine, non résistante ; la cavité cervicale est libre, peut être soulevée légèrement au point correspondant à la nodosité. L'examen au spéculum peut ne rien révéler ou montrer seulement une légère saillie au point indiqué par le toucher. Sur ce point induré, quelquefois saillant, des vaisseaux fins, isolés, serpentent et se déchirent facilement au contact du doigt. A la pression, celui-ci détermine une douleur plus ou moins vive, mais constante, exclusivement localisée à la nodosité sous-muqueuse et n'en provoque pas dans son voisinage. Que si des

malades ainsi affectées viennent consulter pour des ménorragies ou des métrorragies, le diagnostic est difficile et hésitant; on est tenté de porter d'emblée un pronostic sévère et de prescrire une intervention radicale. On trouve dans la littérature médicale plusieurs faits de ce genre, et j'en ai publié moi-même.

« L'autre variété d'*hypertrophie glandulaire localisée* présente un aspect tout différent; elle est constituée par le développement exagéré des glandes de la muqueuse cervicale, dans l'intérieur même de cette cavité, au-dessus de l'orifice du museau de tanche. La lésion s'observe de préférence chez des nullipares ou chez des femmes dont le col n'est que peu déchiré. Son siège presque constant est la lèvre antérieure du col à sa face interne; la lèvre postérieure est en général saine et tout à fait différente d'aspect. Le col est gros en avant, beaucoup moins en arrière; dans son ensemble la lèvre antérieure est hypertrophiée; elle se développe surtout du côté de la cavité cervicale. Dans des cas beaucoup plus rares, presque exceptionnels, l'hypertrophie glandulaire localisée siège seulement sur la lèvre postérieure.

« Le toucher fournit les premiers et les plus importants résultats; le doigt constate un agrandissement de l'orifice externe, qui peut admettre la pulpe de l'index; il apprécie facilement le volume inégal des deux lèvres; il reconnait que la cavité cervicale est occupée, obstruée par une saillie siégeant à la face interne de la lèvre antérieure, mollasse à sa superficie et reposant sur un plan sous-jacent plus résistant. Cette saillie peut être limitée à une faible surface, être comme acuminée, ou elle peut s'étendre en longueur du côté de l'orifice interne. Quand le col a été déchiré, cette hypertrophie peut former une véritable tumeur à la face interne de la lèvre antérieure du col et donner lieu à un aspect gigantesque de cette lèvre, tandis que la lèvre postérieure a conservé son volume normal ou n'est que très peu augmentée de volume. Cette saillie est beaucoup plus sensible à la pression que tous les autres points du col; le doigt, en déprimant ce point, provoque une sensation douloureuse, quelquefois assez vive pour que la femme recule, cherchant à échapper à la pression; cette douleur est quelquefois comparée à l'introduction d'un corps pointu, comme si l'on enfonçait un clou dans les tissus. Le plus souvent l'examen digital ne ramène pas de sang; rarement il provoque un léger écoulement sanguin qui s'arrête vite et spontanément.

« Le spéculum confirme et complète les renseignements fournis par le toucher; il permet de voir une saillie rougeâtre, irrégulière, à surface mamelonnée, framboisée, recouverte par la muqueuse cervicale vascularisée, mais non ulcérée, enduite quelquefois d'une légère couche de mucus glaireux ou d'un peu de sang. Dans son ensemble, cette saillie représente une petite masse verruqueuse, développée à la face interne du col, ou une petite colonne se prolongeant vers la profondeur. Quelquefois, la surface est très irrégulière, comme hérissée de petits grains d'apparence kystique; parfois même, à un degré plus avancé, on observe sur un point de la petite tumeur des parties détachées, pédiculisées, représentant par places de véritables petits polypes glandulaires en miniature.

« En effet, quelle que soit la variété d'aspect ou de développement, la lésion initiale est toujours la même; il s'agit toujours d'une hypertrophie glandulaire localisée, d'un véritable polyadénome, tumeur essentiellement bénigne, constituée par des glandes hypertrophiées et kystiques, reposant sur un stroma fibreux et séparées par des bandes de tissu fibreux. Dans son ensemble, à ce niveau, le tissu du col sous-jacent est plus dur et plus résistant; il est blanchâtre, nacré, dur à la coupe.

« Je ne suis pas en mesure d'exposer la pathogénie de cette petite lésion, ni de dire pourquoi elle siège, dans l'immense majorité des cas, sur la lèvre antérieure seule, à l'exclusion de la postérieure. Il n'est pas difficile de comprendre que le point de départ est une infection de la muqueuse d'abord localisée aux glandes. Mais quelle infection? Pourquoi cette localisation? Je ne saurais le dire. Même ignorance sur la lenteur ou la rapidité du développement; la lésion est découverte à l'occasion d'un examen, parce qu'il existe quelques symptômes utérins qui forcent l'attention; mais il serait difficile de savoir depuis quand elle existe.

« Les symptômes qu'elle provoque n'ont, du reste, rien de caractéristique; les malades accusent, comme dans la plupart des affections utérines, des douleurs lombaires ou pelviennes, quelquefois crurales, de la gêne de la marche, une fatigue rapide, de la leucorrée d'abondance modérée, la durée prolongée et ennuyeuse des règles, leur rapprochement plutôt que leur abondance excessive, parfois un suintement sanguinolent presque continu; quelquefois un peu de sensibilité et même de douleur dans les rapports et assez souvent un léger écoulement sanguin après leur accomplissement. A ces phénomènes locaux s'ajoutent les phénomènes à distance ordinaires du côté de l'estomac, du système nerveux, etc., avec tendance à créer et à entretenir un état névropathique.

« J'ai vu, dans quelques cas, cette lésion localisée au col entretenir du côté du corps utérin un état congestif bizarre, se traduisant par des augmentations et des diminutions considérables du volume de l'utérus, surprenant l'observateur par leur variabilité suivant le moment de l'examen et s'accompagnant de métrorragies tenaces. Un premier examen peut faire croire à un véritable utérus fibromateux, alors que peu de jours plus tard le volume est tellement diminué qu'il faut, de toute nécessité, admettre une congestion passagère du parenchyme utérin les jours précédents. La relation de l'état du col et des poussées congestives du corps se trouve solidement établie par les résultats du traitement; l'ablation des portions hypertrophiées du col fait disparaître à la fois les hémorragies et les poussées congestives du corps.

« Le diagnostic est facile; la confusion ne pourrait être faite qu'avec l'épithélioma de la cavité cervicale; l'hypertrophie glandulaire en diffère essentiellement par l'absence de dureté et d'infiltration profonde du tissu sous-muqueux, par la moindre abondance des hémorragies et par l'absence des écoulements sanieux.

« La localisation exacte et presque constante à la face interne de la lèvre antérieure, l'absence d'ulcération, la présence d'une couche de mucus vis-

queux et surtout de quelques grains glandulaires kystiques, sont des signes qui appartiennent à l'hypertrophie glandulaire localisée et donnent à cette petite lésion une physionomie spéciale.

« La nécessité s'impose d'un traitement radical et définitif; les injections, les pansements, les attouchements avec les diverses substances communément employées, ne donnent pas de résultats. Les cautérisations au nitrate d'argent, au fer rouge, etc., doivent être sévèrement proscrites; elles ne font que remplacer une lésion par une autre, posant des clous cicatriciels douloureux et faisant des inclusions et des rétentions glandulaires.

« Le seul traitement rationnel est représenté par l'incision au bistouri des portions glandulaires hypertrophiées. L'opération consiste essentiellement dans l'ablation d'un lambeau plus ou moins épais de la lèvre antérieure du col, par deux incisions antéro-postérieures réunies par une incision transversale et suivies de la suture immédiate avec deux ou trois points de catgut. La réunion se fait d'avant en arrière, suivant une ligne allant de l'orifice externe vers l'orifice interne, et la muqueuse de la lèvre antérieure du col est reconstituée par le rapprochement des parties latérales.

« Si les lésions siègent sur les deux lèvres, l'opération de choix consiste à traiter le col par le procédé de Schrœder. »

M. le Dr Paul Petit (de Paris) pense que l'endocervicite puerpuérale aiguë est pour ainsi dire toujours liée à une endométrite du corps utérin de même nature; cette endométrite totale est justiciable du curettage immédiat, et c'est compromettre la vie de la malade que de s'arrêter aux petits moyens. L'orage lymphangitique une fois passé, il faut prolonger suffisamment les pansements, pour prévenir le passage à l'état chronique, surtout du côté du col, ce qu'on oublie trop souvent.

L'endocervicite blennorragique aiguë, abandonnée à elle-même, n'a pas tendance à franchir le défilé isthmique, surtout chez la nullipare, et ne demande au contraire qu'une légère invitation pour engendrer l'orchite féminine par l'intermédiaire du peloton lymphatique péricervical; en principe, il vaut donc mieux en faire un *noli me tangere* que d'exposer la malade à un cathétérisme intempestif ou au curettage utérin dont on ne peut user d'une façon plus fâcheuse. Après un certain amendement de l'état aigu, l'orateur admet les badigeonnages intracervicaux pratiqués d'une main légère, mais il a pensé obtenir mieux en faisant bénéficier le conduit cervical des grandes irrigations antiseptiques qui ont marqué un si réel progrès dans le traitement de la blennorragie masculine.

Il a imaginé à cet effet une érigne qui se fixe sur le col et porte à la fois une petite canule intracervicale et une canule plus grosse pour le cul-de-sac vaginal postérieur. A chacune de ces canules se fixe un tube en caoutchouc qui se relie par l'intermédiaire d'une petite ceinture hypogastrique au tube d'un injecteur. La malade, maintenue au lit, n'a qu'une manœuvre de robinet à faire pour se donner à la fois une injection vaginale et intracervicale.

Les difficultés du traitement de l'endocervicite chronique dépendent

surtout : — de l'état anatomique du col : déviation, allongement, étroitesse du conduit cervical, ou encore lacération, ectropion ; — de la multiplicité et des sinuosités des glandes, du siège intra-musculaire de leurs culs-de-sac; — de la densité plus ou moins prononcée de la glaire; — des chances continuées ou renouvelées d'auto-inoculation ou de contamination exogène; — de l'état général. Ceci veut dire que, quelle que soit la méthode employée, il faut toujours redresser, s'il y a lieu, et dilater suffisamment le col; rentrer la muqueuse ectropionnée, et mieux la supprimer; ne pas se borner aux moyens d'action trop superficiels tels que le curettage ordinaire, par exemple; tenir un certain compte de l'aspect macroscopique de l'exsudat; ne jamais manquer de guérir au préalable la vaginite; se rendre compte, au besoin, si l'urine du mari ne renferme pas de filaments révélateurs; enfin ne point faire fi des observations de nos devanciers sur l'influence de l'état constitutionnel des malades.

Ceci posé, deux grandes méthodes sont en présence, l'une destructive, l'autre conservatrice. La première utilise l'instrument tranchant ou les caustiques. L'orateur rejette l'emploi des caustiques chez les femmes en période d'activité sexuelle, car chez elles, quoi qu'on fasse, ils engendrent, à échéance plus ou moins longue, la dysménorrée. Après la ménopause il a recours assez volontiers à la solution de chlorure de zinc et, quand il y a métrite totale, il l'applique non pas avec les tiges porte-ouate ordinaires qui s'essuient dans le col et y épuisent en grande partie leur action, mais avec l'instrument suivant : c'est une canule fermée du bout, munie extérieurement d'un pas de vis et percée, suivant la longueur, d'un certain nombre de trous. On adapte la canule à une seringue remplie de solution de chlorure de zinc et, après l'avoir garnie de ouate, on l'introduit à sec jusqu'au fond de l'utérus; c'est à ce moment seulement qu'on imbibe la ouate en faisant jouer doucement le piston de la seringue; on s'arrête dès qu'une goutte de liquide se montre à l'orifice externe. On profite ainsi de tous les avantages de l'instillation et du badigeonnage, sans en avoir les inconvénients.

Si la malade a encore ses règles, il faut user de préférence, pour la cure destructive, de l'instrument tranchant. S'agit-il d'endocervicite pure, le but à atteindre, quel que soit l'instrument adopté, c'est *d'évider* le col, jusque et y compris la couche glandulo-musculaire. Les uns, à l'exemple de M. Bouilly, prendront le bistouri, d'autres la herse de Doléris qui à elle seule ne suffit pas, d'autres enfin, des curettes très tranchantes de forme spéciale. L'orateur se sert pour sa part d'une curette à boucle, à dos très épais et excavée sur sa face externe à la façon de l'instrument qui sert à tailler la corne des chevaux. Bien aiguisée, cette curette, agissant dans l'intérieur d'un col dont le tissu a été suffisamment ramolli par la dilatation, enlève de véritables copeaux musculo-muqueux et permet, suivant lui, le toucher intra-cervical aidant, de mieux graduer l'évidement qu'avec le bistouri.

L'opération, pour réussir, doit être suivie de pansements intracervicaux suffisamment prolongés.

S'il y a ectropion, il faut toujours recourir à l'admirable opération de Schrœder. Elle n'est suivie de dystocie que si elle est mal faite.

Reste la méthode conservatrice qui se borne à l'emploi des topiques non caustiques. L'orateur attire spécialement l'attention sur l'emploi local de la levure de bière, déjà préconisé par Landau et qui lui a donné, comme à ce Maître, des résultats remarquables. Comment agit la levure? Les saccharomycètes ne jouissant pas de la fonction phagocytaire et leurs ferments demeurent intracellulaires; il faut chercher ailleurs leur mode d'action. L'orateur fait observer pour le moment : 1° que les levures émettent une quantité énorme d'acide carbonique, créant ainsi dans les voies génitales une atmosphère irrespirable pour les microbes aérobies; 2° que, se trouvant dans un milieu alcalin, comme celui de la glaire cervicale, elles commencent par le transformer en milieu acide, c'est-à-dire défavorable à la culture des microbes pathogènes, jouant ainsi le même rôle que le saprophyte vaginal signalé par Dœderlein.

M. le Dr A. Gascard (de Paris) préconise un nouveau mode de *traitement des endométrites cervicales par la méthode exosmo-endosmotique*. Ce traitement consiste à utiliser ce principe de la physique biologique, à savoir que lorsque deux solutions sont séparées par une membrane semi-perméable, le passage se fait de celle où la tension osmotique est la plus élevée à celle où elle l'est le moins, jusqu'à ce que l'isotonie se produise. Le premier temps du traitement consistera donc à déterminer à l'aide de médicaments qu'on pourrait appeler exosmotiques utérins un certain degré d'hypo-isotonie cellulaire. Puis, 2° lorsqu'à la période d'hypercrinie aura succédé la période d'acrinie physiologique, on fait intervenir l'action d'endosmotiques utérins, judicieusement choisis et aidés au besoin de l'action des affinités chimiques agissant ainsi jusque dans l'intérieur même des cellules tapissant les culs-de-sac glandulaires; telle est la méthode. Quels seront les meilleurs moyens d'atteindre son double objectif? Quels en seront les résultats pratiques? L'avenir seul le dira.

M. Morisani s'élève contre l'opinion d'après laquelle l'amputation du col en déterminerait le rétrécissement. Si on fait cette amputation comme il convient, c'est-à-dire si on obtient une réunion par première intention, la perméabilité après l'opération sera suffisante. La malade pourra concevoir et accoucher facilement. S'il survient des difficultés dans l'accouchement, cela tient aux causes ordinaires qui créent la dystocie chez une femme quelconque, mais cela ne tient pas à l'opération. L'orateur dit ensuite qu'on peut faire l'amputation du col pour remédier à un rétrécissement congénital. Une fois qu'on a excisé une portion du col, et que les lèvres de la plaie se sont cicatrisées par première intention, le rétrécissement n'existe plus, et on met le col à même de remplir ses fonctions.

M. le Dr Rizkallah (de Beyrouth). — *Traitement médico-chirurgical de l'endométrite chronique.*

L'auteur ne vise que l'endométrite chronique sans lésions annexielles ou

avec des lésions de peu d'importance, qui guérissent ou s'améliorent une fois l'endométrite guérie. Il élimine ainsi :

L'endométrite compliquée de pyosalpinx ou de périmétrite adhésive.

L'endométrite secondaire, consécutive à une lésion de voisinage telle que l'appendicite (rare d'ailleurs).

L'endométrite accompagnant les déviations utérines et qui en est la conséquence et non la cause. L'endométrite tuberculeuse.

Enfin l'endométrite qui accompagne les tumeurs malignes et les fibromes.

Il divise l'endométrite en :

1° Endométrite totale (du corps et du col).

2° Endométrite cervicale.

Il s'occupe surtout de la première, qu'il divise au point de vue clinique en deux classes principales.

a. Endométrite perpuérale (streptococcique).

b. Endométrite blennorragique.

Ses recherches personnelles l'ont convaincu qu'avec le streptocoque et le gonocoque, il y a plusieurs autres microbes associés, qui jouent un rôle important dans l'entretien de la lésion.

Tout d'abord, il déclare qu'il n'y a pas de traitement spécifique de l'endométrite : il y a un traitement mixte, médical et chirurgical.

I. — *Partie chirurgicale.*

a. Dilatation de l'utérus dans les deux ou trois jours qui suivent les règles. Cette dilatation qui doit être faite avec les éponges et les laminaires, et qui doit durer deux à trois jours, forme partie intégrante du traitement, même si le canal cervical permet le facile passage de la curette.

b. Une fois la dilatation faite il procède au curettage.

c. Après le curettage, il cautérise avec une solution saturée de permanganate de potasse.

d. Il fait suivre cette cautérisation d'un lavage à l'eau stérilisée.

e. Enfin, il laisse une mèche de gaze aseptique dans la cavité utérine.

II. — *Deux jours après l'intervention chirurgicale, il commence le traitement médical.*

Après avoir enlevé la mèche et avoir fait un grand lavage à l'eau stérilisée, il cautérise à la solution saturée de permanganate de potasse; il fait un second lavage et place de nouveau une mèche de gaze aseptique. Il renouvelle ce pansement tous les deux jours jusqu'à deux ou trois jours avant l'époque présumée des règles. Pendant tout ce temps il ordonne à ses malades le repos complet. La plupart de ses malades guérissent au bout de ce traitement qui dure environ un mois. Dans quelques cas, d'ailleurs peu nombreux, la guérison se fait attendre plus longtemps et l'on est obligé de poursuivre le traitement médical qui vient d'être indiqué, pendant quinze ou vingt jours. Dans ces derniers temps l'auteur a eu l'occasion d'essayer le traitement par la solution au chlorure de zinc d'après la pratique de M. Delbet. Ce traitement ne lui a pas donné de résultats bien satisfaisants; peut-être est-il tombé sur des cas défavorables.

Avec ce traitement médico-chirurgical, l'écoulement et les pertes blan-

S'il y a ectropion, il faut toujours recourir à l'adr
Schrœder. Elle n'est suivie de dystocie que si elle e
Reste la méthode conservatrice qui se borne à l'
caustiques. L'orateur attire spécialement l'atte
la levure de bière, déjà préconisé par Landr
à ce Maître, des résultats remarquables.
saccharomycètes ne jouissant pas de la f
ments demeurent intracellulaires; il
d'action. L'orateur fait observer po
émettent une quantité énorme d'a
voies génitales une atmosphère i
2° que, se trouvant dans un mili
cale, elles commencent par l
défavorable à la culture des
rôle que le saprophyte vagi

M. le Dr A. GASCARD (
des endométrites cervi
ment consiste à utili
lorsque deux solu
le passage se fai
celle où elle l'e
mier temps d
caments qu'
d'hypo-iso
succédé
dosmo
des a
cell
se
anciens, saignants et infectés;

... solution concen-
...ent, constitue dans les
...n *caustique* et *non toxique*;
... métrorragie et la ménorragie;
...ie même quelquefois la douleur;
...ngésique s'est surtout montrée dans la dysménorrée
...ion de la muqueuse;
...ons annexielles ou paramétritiques n'ont été qu'heureusement
...es par ce traitement;
...son action modificatrice a été des plus manifestes sur des ectropions

Des recherches histologiques et bactériologiques faites par les auteurs avec l'aide de M. Hobbs, et qu'ils comptent publier bientôt d'une façon détaillée, viennent corroborer expérimentalement ces données de la Clinique, notamment en ce qui concerne le streptocoque, le staphylocoque blanc et doré, le bacillus coli, le gonocoque, qui est détruit par le bleu de méthylène en dix-huit heures *in vitro*, et le bacillus subtilis.

M. le Dr H.-D. BEYEA (de Philadelphie). — *Anatomie pathologique et traitement de la tuberculose du col de l'utérus.*

L'auteur, après avoir fait un court résumé historique de l'histoire de la tuberculose génitale chez la femme, présente un résumé de conclusions concernant l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement de cette affection rare. La communication consiste surtout en une étude personnelle de 68 cas.

Il décrit trois formes de la tuberculose de la portion vaginale et de la portion utérine du col; ulcération tuberculeuse du col; hyperplasie du col

haque forme est décrite. Ensuite, l'auteur envisage
t objectifs, et fait ressortir la différence existant
nome, l'adénome, la syphilis, etc. Il considère
éristiques entre la tuberculose du col et ces
clinique cependant est rarement possible,
icroscopique du tissu excisé.
nduit l'orateur est le suivant : dans
es étendues à d'autres portions du
génitaux est seulement un inci-
ent possible consiste en appli-
une tuberculose latente dans
as crainte que l'opération
dicale, à l'hystérectomie
e, des ovaires ou de
de nouveau il faut
ns cas, l'amputation
ie, avec ovariectomie aient
localisée au col doit aussi être
ulose primitive du col doit être traitée
peration soit moins nécessaire. Les applica-
risation ne sont que des traitements palliatifs, et
n servir, excepté dans des cas rares. L'auteur, au cours
nication, a distribué des planches.

Discussion. — M. le Dr G. Vitrac (de Bordeaux), à propos du cas qu'il a étudié sous le nom de « tuberculose végétante » simulant le cancer, et dont l'orateur précédent a montré le dessin, parle de la malade qui avait été pour lui l'occasion de cette étude. Il l'a revue il y a quelque mois : elle a un état général parfait, mais, au fond du vagin, existe encore un bourgeon framboisé, rougeâtre, saillant et saignant; cette formation est analogue à celle qu'il a étudiée histologiquement quelques mois après l'opération (hystérectomie vaginale); il s'agit d'une récidive locale sous la forme du type initial, savoir tuberculose « végétante », tenace comme durée, mais ayant une allure chronique et peu de tendance à la diffusion.

M. le Dr Samuel Bernheim (de Paris). — *Tuberculose primitive des organes génitaux de la femme.* — L'auteur a réuni 80 observations de tuberculose primitive des organes génitaux de la femme et de l'ensemble de ces cas il tire les conclusions suivantes :

1° Cette localisation bacillaire n'est pas rare. On la diagnostiquerait plus souvent si l'on faisait la recherche systématique du bacille de Koch dans toute sécrétion génitale chez la femme qui souffre d'une affection utérine.

2° La tuberculose primitive des organes génitaux est fréquente surtout chez la femme qui est en pleine activité sexuelle, c'est-à-dire de dix-huit à trente ans. On l'a cependant observée chez les jeunes enfants et chez la femme âgée.

3° Les causes de la contagion sont multiples : les rapports sexuels, les infections antérieures telles que le chancre, les ulcérations syphilitiques, la blennorragie, le contact ou l'introduction de corps étrangers malpropres. Certaines conditions individuelles favorisent cette contagion.

4° Le bacille a des préférences pour certaines parties des organes génitaux. C'est ainsi que l'on rencontre plus fréquemment cette tuberculose primitive au niveau des trompes et des ovaires, et plus rarement au niveau de l'utérus et du canal vulvo-vaginal. L'auteur donne des raisons anatomiques et bactériologiques de ces faits.

5° Lorsqu'une affection utérine ne présente pas l'aspect franchement inflammatoire, il faut penser à la tuberculose qu'on arrivera à diagnostiquer par un ensemble de symptômes spéciaux et, dans le cas contraire, par l'épreuve de la tuberculine ou par la séro-réaction.

6° Le traitement sera chirurgical quand la tuberculose est associée à d'autres microbes et qu'il y a menace de suppuration. La thérapeutique hygiénique et diététique sera employée avec succès dans la plupart des autres cas.

M. le Dr Delassus (de Lille). — *Panniculite, myocellulite et cellulite pelvienne. Nature de cette affection.*

Cette affection peu connue et très fréquente se caractérise par un œdème du tissu cellulaire, douloureux à la pression quand il siège dans les parties profondes, et au plissement quand il siège dans les régions superficielles. La panniculite siège dans le tissu sous-cutané qui forme le pannicule, la myocellulite occupe les muscles, la cellulite pelvienne atteint le tissu cellulaire du petit bassin. La panniculite se rencontre surtout dans la région sous-ombilicale de l'abdomen, la myocellulite touche plus fréquemment les grands droits de l'abdomen, mais l'une et l'autre peuvent se rencontrer dans d'autres régions du corps. Le diagnostic est des plus faciles à faire, mais il faut y penser. Il n'est pas douteux que cette affection qu'il faut dépister, ait été la cause de nombreuses erreurs de diagnostic et de pronostic en faisant attribuer à des organes importants des troubles superficiels et peu dangereux. La malaxation ou le massage des régions atteintes donne très rapidement des résultats très appréciés des malades. L'affection est en relation évidente et étroite avec les maladies utéro-ovariennes. Le mécanisme de la relation n'en est pas nettement connu. On peut songer à une action vaso-motrice réflexe à point de départ ovarien, ou encore à un trouble causé par l'absence, ou un vice de la sécrétion interne ovarienne.

Dans un cas, on a pu penser à du myxœdème fruste. Le terrain arthritique ou l'arthritisme peut être incriminé, mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour éclaircir ces questions.

CINQUIÈME JOURNÉE : 8 AOUT 1900. *Séance du Matin.*

Présidence de M. le Professeur TERRIER.

Questions diverses.

M. le Dr STAPLER (de Vienne). — *Hystérectomie rapide.*

L'hystérectomie, essayée déjà par Ambroise Paré en 1575, est l'opération qui a subi les plus grandes modifications depuis ce temps. Après avoir jeté un coup d'œil sur les principales méthodes, l'orateur constate qu'actuellement on remarque une tendance conservatrice, et surtout en France, M. Tuffier, modifiant la technique opératoire de A. Martin, de Berlin, veut remplacer l'hystérectomie en cas de fibromes par leur simple énucléation.

Le but principal dans les opérations doit être de les faire le plus rapidement, le plus sûrement, et réduire le plus possible la perte de sang. Ainsi, on diminue le danger d'une infection, d'une longue narcose et on augmente le pouvoir de résistance de l'organisme.

L'angiotripsie semblait un progrès dans l'hystérectomie. Mais le maniement de la pince de Doyen est tellement incommode que M. Tuffier a justement reconnu que l'unique moyen qui permet d'exercer sans fatigue une grande force, est une vis.

Peu après on voit surgir, surtout en Allemagne, un grand nombre d'angiotribes, ce qui est la meilleure preuve qu'aucun d'eux n'est satisfaisant. Leur grand défaut est qu'il les faille appliquer plusieurs fois de chaque côté, ce qui fait perdre beaucoup de temps — l'avantage principal.

Malheureusement on ne peut pas conseiller une même méthode pour tous les cas d'hystérectomie, mais en cas de grands fibromes, en cas de malades très affaiblis, chez lesquels chaque goutte de sang est précieuse et lorsqu'il faut agir vite, l'orateur propose une nouvelle méthode basée sur l'angiotripsie et exécutée avec deux pinces spéciales, inventées par lui.

Ces pinces consistent en deux branches séparées, s'unissant à une de ses extrémités à une jointure, et se fermant à l'autre par un fort écrou. Les branches ont une double courbure, l'une s'adaptant à la forme de l'utérus, l'autre à la forme du bassin.

L'opération avec ces pinces se fait de la manière suivante : Après avoir ouvert le ventre, on pousse la tumeur en dehors, on ouvre le Douglas, on incise sur la face antérieure de l'utérus la séreuse, on décolle la vessie avec le doigt et on ouvre le vagin. Ensuite on introduit la branche inférieure de la pince par l'ouverture du Douglas dans le vagin sous les ligaments d'un côté, puis on y introduit la branche supérieure qu'on joint dans le vagin à l'inférieure, de manière que les ligaments avec tous leurs vaisseaux sont pris entre elles et serrés par la vis avec une pression de 1 000 kilogr. environ.

On coupe maintenant le tissu centralement, au ras de la pince; et en appliquant sur la surface coupée de l'utérus une compresse, on serre également les ligaments de l'autre côté entre une autre pince. En les coupant, la tumeur est extirpée.

On laisse les pinces serrées de trois à cinq minutes, après quoi les tissus

et les artères sont réduits à l'épaisseur d'une feuille de papier et tout saignement cesse. On n'a qu'à retirer les pinces et l'opération est terminée, parce qu'on ne suture ni le vagin ni la séreuse.

Cette méthode d'opérer joint à une grande rapidité une grande facilité d'exécution et une perte minime de sang.

Ces pinces peuvent servir également pour la résection de l'épiploon, des intestins, etc., où il s'agit d'écraser les tissus et empêcher les suintements.

Discussion. — M. le Dr HAGOPOFF (de Constantinople) fait simplement une objection à propos de la méthode d'angiotripsie. Il s'élève absolument contre ce genre d'hémostase qu'il croit très dangereux. Si l'écrasement portait sur une large surface, cela aurait été à la rigueur admissible. Et d'ailleurs, à quoi bon compliquer inutilement l'opération du moment que, pour l'hémostase par ligature, qui est la méthode la plus sûre, il faut presque autant de mise en scène que pour la méthode par écrasement.

M. le Prof. F. TERRIER (de Paris). — *Note sur une statistique de 200 opérations d'hystérectomie abdominale sus-vaginale et totale.*

« Du 18 octobre 1899 au 16 juillet 1900, j'ai pratiqué 66 opérations d'hystérectomie abdominale, ce qui complète une statistique totale de 200 opérations, dont 134 ont été publiées et analysées [1].

« Sur ces dernières 66 opérations, 56 ont trait à des hystérectomies abdominales sus-vaginales, et 10 sont des hystérectomies totales.

« Les 56 hystérectomies sus-vaginales ont été faites :

« Pour des fibromes, 21 fois, avec 1 mort;

« Pour des salpingites, 26 fois, avec 0 mort;

« Pour des kystes ovariques, 4 fois, avec 1 mort;

« Pour des hématocèles, 3 fois, avec 0 mort;

« Pour un rétrodéviation utérine adhérente, 1 succès;

« Enfin, pour une fistule pyo-stercorale, avec 1 insuccès.

« Ces 56 opérations ont donc fourni 53 guérisons et 3 décès, soit 5,35 p. 100 de mortalité.

« La malade qui a succombé après l'ablation d'un fibrome pesant 12 kilogrammes est morte d'anurie.

« Une malade atteinte de kystes multiloculaires des ovaires est morte au *18e jour*; on a trouvé dans ses reins et dans le foie des abcès miliaires microscopiques.

« Quant à la troisième malade, elle fut opérée pour fistule pyo-stercorale, ce qui nécessita une suture intestinale grêle. Elle succomba à une péritonite suppurée le 4e jour après l'opération.

« Les hystérectomies abdominales totales ont été assez exceptionnelles, car je n'en ai fait que dix :

« Dans 4 cas de fibromes, avec 1 mort;

« Dans 2 cas de salpingites suppurées graves, avec 0 mort;

1. *Revue de Chirurgie*, 1899, XX, déc.; *ibid.*, 1898, XVIII, déc., *ibid.*, 1897, XVII, déc.

« Enfin, dans 4 cas de cancer du col et du corps de l'utérus, avec 0 mort.

« L'hystérectomie totale nous donne donc pour ce petit nombre de cas une mortalité de 10 p. 100.

« La seule malade qui ait succombé est une femme atteinte d'un gros fibrome utérin sphacélé. Malgré toutes les précautions possibles et l'emploi de l'eau oxygénée, elle mourut de septicémie.

« Je borne là cette note statistique, désirant, en terminant, appeler votre attention sur les faits suivants :

« En 1897, j'ai 26 opérations d'hystérectomie supra-vaginale, avec 15,38 p. 100 de mortalité, et 19 opérations d'hystérectomie abdominale totale, avec 15,78 p. 100 de mortalité.

« En 1898, 24 opérations d'hystérectomie supra-vaginale donnent 4,16 p. 100 de mortalité, et 6 opérations d'hystérectomie totale 33,33 p. 100 de mortalité.

« Enfin, en 1899, les hystérectomies supra-vaginales donnent 6,14 p. 100 de mortalité, et les hystérectomies totales, 20 p. 100.

« En somme, de 1896 à 1899, 134 opérations d'hystérectomie abdominale, se divisant en 99 opérations supra-vaginales et 35 opérations totales, donnent pour les premières 8,08 p. 100 de morts, et pour les secondes 22,85 p. 100 de morts.

« Aujourd'hui, dans nos 66 nouveaux cas, nous n'avons plus comme mortalité à regretter :

« Pour l'hystérectomie sus-vaginale, que 5,35 p. 100;

« Et pour l'hystérectomie totale, 10 p. 100.

« Nous avons donc encore gagné pour l'une et l'autre opération.

« La statistique portant sur nos 200 opérations, soit 155 hystérectomies abdominales sus-vaginales et 45 hystérectomies abdominales totales, nous donne :

« Pour les premières 7,09 p. 100 de mortalité et, pour les secondes, 20 p. 100.

« En *masse*, l'hystérectomie abdominale sus-vaginale et totale nous a donné 10 p. 100 de mortalité. »

M. le Dr Hagopoff (de Constantinople). — *Un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale par forcipressure vaginale à demeure.*

« J'ai opéré, il y a deux mois environ, une femme de trente-huit ans pour un fibrome de l'utérus gros comme le poing. Quoique son extirpation par la voie vaginale se trouvât indiquée, l'utérus ne dépassant pas l'ombilic (à deux travers de doigt), car je dois dire en passant que la voie vaginale ne doit pas être complètement abandonnée comme on a tendance à le faire, nous avons voulu néanmoins profiter de l'occasion pour mettre à exécution un nouveau mode opératoire que nous avions imaginé depuis quelque temps déjà et dont voici la description :

« Après ouverture abdominale et hémostase artérielle par ligature séparée des artères utéro-ovariennes et utérines, et après fixation de l'utérus, je transfixe, d'avant en arrière, une broche à hystérectomie abdominale en plein tissu sur la ligne médiane de l'utérus, au point correspondant à la

section de cet organe sur son segment inférieur, c'est-à-dire au-dessus du niveau des culs-de-sac vaginaux. Puis je mène, en arrière et en avant, une incision partant de chaque côté de l'utérus, du bord supérieur de celui-ci et au moins à un travers et demi de doigt de ses bords latéraux, et venant converger sur la broche.

Après décollement de ces lambeaux péritonéaux et ablation des ovaires au-dessus d'une ligature, je pratique la section sous-séreuse des annexes au ras des bords latéraux de l'utérus, qui est enlevé ensuite d'un coup par une section complète sur son segment inférieur suivant la direction de la broche.

Il ne reste plus dès lors que le traitement des lambeaux péritonéaux et du pédicule de l'utérus.

Après la cautérisation au Paquelin de la muqueuse du canal cervical, je pratique un évidement au bistouri de façon à créer ainsi un canal suffisant par lequel je dois engager les lambeaux péritonéaux. A cet effet, après avoir attaché un gros fil à chaque lambeau, je les passe à travers le canal que je viens de créer au moyen d'une pince hémostatique appliquée sur chaque fil. Et mon aide, ayant attrapé ces fils avec ses doigts (index et médius) introduits dans le vagin, les attire bien au-dessous du niveau des culs-de-sac vaginaux; j'aide, de ma part aussi, aux manœuvres de mon aide, par la voie abdominale, de manière à enfouir convenablement les lambeaux.

L'aide glisse alors dans le vagin, en se guidant sur l'index et le médius de la main gauche, une pince à branches en T de long modèle, et, ouvrant la pince, il prend le pédicule avec les lambeaux entre les deux branches en T de la pince et la serre aussi étroitement que possible en la laissant à demeure dans la cavité vaginale jusqu'à ce quelle tombe spontanément par suite du détachement complet par sphacèle des lambeaux et du pédicule.

On termine l'opération par la fermeture du ventre.

Chez notre malade ce détachement des lambeaux n'eut pas lieu en bloc, mais en partie (les deux tiers droits seulement) vers le 4e jour, sans doute en raison de la forcipressure insuffisante faute d'un instrument parfait. Il a fallu un nouveau pincement pour amener la chute du reste du pédicule, qui eut lieu le 6e jour.

Aussi est-ce pour obvier à ces inconvénients que je suis en train de faire construire par M. Collin un nouveau modèle de pince en T, dans laquelle, entre autres modifications, la crémaillère sera remplacée par une vis à pression progressive, de façon à bien assurer la forcipressure en masse.

Ainsi qu'on vient de le voir d'après la description que nous venons de faire, notre procédé tout nouveau est d'une exécution facile et très rapide; il dispense de toute suture pour fermer le fond pelvien, cette fermeture s'étant opérée toute seule par le sphacèle. Il laisse intacts les culs-de-sac vaginaux sans presque laisser de tissu utérin, puisqu'il est subtotal pendant l'opération, mais il est total après l'élimination du pédicule grâce à la forcipressure complète à demeure.

M. le Dr Foveau de Courmelles (de Paris). — *Du curettage électrique.*

Le curettage à la curette de Récamier, rénové depuis quelques années,

n'a pas donné tous les résultats qu'on attendait et il n'est pas toujours inoffensif, l'instrument tranchant ayant parfois perforé des utérus friables ; aussi l'auteur a-t-il pensé — et les premiers résultats ont été présentés par Péan à l'Académie de Médecine de Paris, le 8 novembre 1892, puis le 19 novembre 1895 — à remplacer la curette classique par une anse de platine de forme spéciale.

L'opérateur n'a pas à faire intervenir pour le diagnostic sa sensibilité propre, mais bien celle de la malade, non endormie, en vertu du principe suivant d'électro-diagnostic : *Tout point d'épiderme ou de muqueuse qui est lésé, congestionné, ou abrite des régions congestionnées, ulcérées, perçoit plus vivement que le voisinage le passage d'un courant électrique, même faible.* En promenant un pôle négatif de courant continu, dont le positif est sur le ventre, dans la cavité utérine, on découvrira ainsi les points lésés ou plus lésés que leur voisinage, les maxima du processus morbide, et c'est là que devra s'exercer l'action destructrice, révulsive, d'un courant continu plus fort, thermique, par une anse de platine, plane et arrondie.

La grande difficulté de réaliser ce *curettage galvano-thermique* ou *pyro-galvanique* était d'avoir un seul instrument à la fois explorateur et destructeur, afin de n'avoir pas, en changeant d'appareil, d'hésitation, après l'examen et lors de la cautérisation, sur le siège du mal. Un galvano-cautère spécial, avec borne additionnelle, permet de rendre l'anse de platine, avant son rougissement, électrode négative et exploratrice, et le point à brûler ainsi déterminé, on presse sur le manche du galvano-cautère et le courant thermique passe alors, rougissant l'anse de platine. On opère ainsi les différents points.

Dans l'endométrite hémorragique, certaines métrites avec lésions des annexes, mais sans rétraction placentaire, cette action cautérisante et révulsive a donné les meilleurs résultats (154 observations).

M. le Dr R. Wise (de Londres). — *Manie menstruelle.*

L'auteur a observé plusieurs cas dans lesquels la menstruation était accompagnée de manie et de mélancolie à des degrés divers. Son intention est d'exposer, sommairement, ses opinions sur ces faits.

Mais il tient à déclarer, avant d'entrer dans ces considérations, que c'est une erreur de croire que toutes les femmes qui, à l'occasion des règles, présentent des troubles mentaux sont par cela seul et nécessairement de tempérament névropathique. Très souvent il a vu des femmes de forte constitution, qui, durant les périodes intermenstruelles, paraissaient tout à fait indemnes d'instabilité nerveuse, présenter aux époques des menstrues des accidents mentaux aigus. On sait qu'en beaucoup de cas de manie et de mélancolie chronique, le processus morbide affecte une allure aiguë pendant la menstruation. Ces derniers cas vont constamment avec un système nerveux particulièrement instable.

L'auteur rapporte maintenant un certain nombre de faits propres à aider à fixer l'étiologie de la manie puerpérale. Avec plusieurs autres observateurs, il a reconnu que les troubles mentaux débutent ou s'aggravent,

presque toujours, pendant la période prémenstruelle et que ces symptômes tendent à s'amender dès que la menstruation survient et s'établit. Il estime que ce fait seul marque fortement la cause de cet état pathologique. Cette cause, à son avis, est une tension excessive dans les vaisseaux sanguins du cerveau. Les examens directs, dans les cas de chirurgie crânienne, des vaisseaux sanguins dans la substance corticale, et au cours d'expériences sur des animaux, ont démontré que cet état de tension sanguine excessive est bien réel. Wise rappelle, dans cet ordre d'idées, qu'il existe un excès d'acide carbonique dans le sang avant la menstruation. On sait que, dans les empoisonnements par ce gaz, les vaisseaux sanguins corticaux apparaissent extrêmement injectés avec du sang liquide rouge vif. La considération de ces faits conduit à la conclusion probable que la tension des vaisseaux sanguins de l'écorce cérébrale, compliquée d'influences toxiques, déprime les centres cérébraux supérieurs, entraînant la perte du contrôle, avant et pendant la menstruation. Cette tension peut, éventuellement, s'aggraver du fait de causes mécaniques sous la dépendance de lésions circulatoires et autres.

Le pronostic de ces cas varie. Lorsque le système nerveux est stable, bien pondéré durant les périodes intermenstruelles, et qu'on peut, en outre, écarter tout soupçon d'affection organique, ce pronostic est très favorable. L'orateur a dirigé avec succès plusieurs de ces cas; on peut même obtenir beaucoup du traitement, même pour les cas où le système nerveux est toujours instable, pourvu que les vaisseaux sanguins du tissu nerveux, et que le tissu nerveux lui-même n'aient pas été réduits par la maladie à un état de trop grande fragilité, et que les autres organes fonctionnent bien normalement.

M. le Dr Wise entre ensuite dans quelques brèves considérations relativement au traitement de ces cas. Il lui a paru qu'on obtenait de très heureux résultats par le bain chaud combiné avec des fomentations froides sur la nuque et les lombes, et avec l'emploi de laxatifs (coloquinte et jusquiame), de sédatifs (bromure d'ammonium ou trional), proportionnés à la sévérité des cas, et donnés de façon à assurer le repos. Lorsque la menstruation paraît retardée, il est avantageux d'administrer la quinine à la dose de 10 grains, à intervalles de trois heures, etc.; mais en semblable cas, *plus le traitement est réduit et mieux cela vaut*. Potages très nourrissants, nourriture substantielle conviennent pour ces cas comme pour tous les cas de troubles mentaux. Il peut même être nécessaire d'appliquer, pendant les périodes intermenstruelles, la méthode de Weir Mitchell, particulièrement pour les cas d'anémie. La combinaison judicieuse du repos, de la nourriture et l'exercice en plein air sont, ici, de grande valeur. La suppression de toutes les causes de toxicité, l'administration de toniques appropriés à chaque cas, le choix de l'entourage, du milieu dans les intervalles intermenstruels, combinés avec une bonne direction mentale et morale, tels sont les moyens qui résument la méthode de traitement, toujours utile et souvent efficace pour la cure complète de la manie menstruelle.

M. le Dr Le Bec (de Paris). — *De l'hystérectomie totale.*

L'orateur est partisan de l'ablation totale de l'utérus pour plusieurs affections. Pour les fibromes, il préfère l'ablation totale à l'hystérectomie sus-vaginale, parce qu'il ne voit aucune utilité pour le col, qui peut gêner le drainage pelvien si celui-ci est nécessaire; de plus, sa désinfection peut être difficile et le traitement dans ce cas est plus long que l'ablation totale. L'auteur a décrit en 1895, au Congrès de Chirurgie, le procédé qu'il emploie, de ligature en masse du pédicule. Il a fait 92 opérations, perdant une seule malade d'hémorragie due à une utérine, ce qui est le point faible de tout procédé. Ses insuccès sont dus à des causes banales : septicémie, urémie, accidents cardiaques.

Il a fait 14 fois la myomectomie sans enlever l'utérus; pour cela il emploie la voie vaginale. Il a guéri toutes ses malades, mais il a constaté trois récidives. Sur 100 salpingites doubles, il a fait 4 fois seulement l'hystérectomie totale abdominale d'emblée. Deux malades ont succombé à l'épuisement, les deux autres ont guéri par le drainage. Il a fait 9 fois l'hystérectomie vaginale. Habituellement il fait l'ouverture du cul-de-sac postérieur et le drainage, ne faisant l'hystérectomie qu'après échec du procédé. Dans le cancer du col, si le vagin est atteint, la récidive est fatale, quel que soit le procédé; si le cancer est très petit, l'hystérectomie vaginale suffit; pour le corps, l'hystérectomie abdominale seule est utile.

Dans les cas de prolapsus avec hypertrophie, si les femmes sont jeunes, l'auteur se contente de faire la résection conoïde du col, comme faisait Huguier, et la périnéorraphie. Si la femme a atteint la ménopause, il n'hésite pas à faire l'hystérectomie vaginale, et ensuite la colpo-périnéorraphie. Il a des opérées parfaitement guéries depuis six ans.

M. le Prof. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — *Hystérectomie abdominale totale.*

Depuis 1896, l'auteur a pratiqué 114 hystérectomies abdominales totales dont : 28 pour fibromes, 20 pour cancer du col, 2 pour prolapsus génital grave, 1 pour inversion utérine irréductible, 24 pour diverses lésions non septiques des annexes, bilatérales ou unilatérales (kystes de l'ovaire intimement uni à l'utérus), 36 pour annexites suppurées, 1 pour grossesse extra-utérine, 2 pour hystérie grave.

La technique employée a varié avec les cas. En général, il a employé son procédé légèrement modifié; il consiste en : décortication de la tumeur de haut en bas; isolement et section entre deux ligatures des vaisseaux utéro-ovariens; isolement et section entre deux ligatures du ligament rond et ses vaisseaux; dissection et isolement d'arrière en avant de l'uretère jusqu'au point d'entrecroisement avec l'artère utérine; isolement de celle-ci et des veines qui l'accompagnent et section entre deux ligatures, près de l'origine de l'utérine, en dehors de l'uretère; effondrement du cul-de-sac vaginal antérieur, après décollement de la vessie; circumcision du col; enlèvement d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes; enfin, ligature des deux hypogastriques. — Celle-ci, pratiquée à la fin de l'opération après la liga-

ture des utérines, assure l'hémostase immédiate des artérioles vaginales et met absolument à l'abri des hémorragies secondaires; fermeture du vagin et réfection du plancher péritonéal si le drainage est inutile; réfection du plancher péritonéal et drainage sous-péritonéal du pelvis par le canal vaginal, si le drainage devient nécessaire, soit à cause de la rupture de poches suppurées, soit pour assurer un écoulement facile des sérosités sécrétées par les larges surfaces résultant du décollement des poches annexielles ou de fibromes intra-ligamentaires adhérents. A défaut de péritoine suffisant, la cavité pelvienne est fermée par la suture du côlon pelvien au péritoine vésical. Pas de drainage abdominal. — Dans tous les cas où les ovaires sont sains, ils sont séparés des trompes et de l'utérus et conservés en les plaçant sous le plancher péritonéal, en dehors donc de la cavité abdominale, pour éviter toute adhérence ultérieure possible avec les anses intestinales ou l'épiploon. — Toutes les ligatures sont faites au catgut fin n° 0; l'auteur n'emploie jamais la soie. L'opération est faite à ciel ouvert et largement facilitée par l'emploi de l'écarteur abdominal mécanique.

Enfin, l'emploi de la suture abdominale avec fils temporaires d'argent et l'exclusion de tous fils permanents assure une cicatrice parfaite de la plaie abdominale et la met à l'abri de toute suppuration immédiate ou tardive. — Grâce au perfectionnement de la technique, les résultats se sont tellement améliorés que la castration abdominale totale est devenue aussi bénigne et sinon plus que la castration vaginale totale, à laquelle elle est bien supérieure par ses résultats thérapeutiques. — Dans les suppurations pelviennes sa bénignité est absolue; elle l'est aussi dans les fibromes, si on pratique la ligature des hypogastriques, qui assure l'hémostase définitive et écarte la seule complication grave, l'hémorragie secondaire.

Une statistique blanche de la dernière série de 1899 à 1900 l'a prouvé.

M. le Dr Jouin (de Paris). — *Contribution à l'étude du traitement de l'avortement incomplet.*

Pour l'auteur, l'avortement en deux temps, c'est-à-dire l'avortement dans lequel le fœtus et le placenta sont évacués successivement, est *toujours* suivi de rétention plus ou moins considérable de débris placentaires.

Toujours donc il importe de nettoyer l'endomètre, ces débris pouvant devenir le point de départ d'accidents septiques, de stérilité, voire même ultérieurement de fibromes utérins.

L'opération constitue les premiers jours un simple balayage de la matrice. Plus tard elle doit être faite à la curette, après dilatation avec une tige de laminaire. C'est principalement pour préconiser cette dilatation préalable que l'auteur prend la parole. Suivant lui, elle permet d'éviter des ruptures de la matrice au cas possible où la malade commencerait une grossesse méconnue; mais surtout, en faisant contracter le muscle utérin, elle amène le décollement des débris placentaires, ou tout au moins permet, par l'exploration digitale, d'en déterminer l'emplacement et d'en faciliter l'ablation.

Une statistique de 20 cas personnels est donnée à l'appui des conclusions de sa communication.

M. le Dr E. Vidal (de Paris). — *Traitement de la neurasthénie féminine par les extraits d'ovaires.*

Entièrement distincte de la neurasthénie de l'homme par son origine, ses formes, son évolution, la *neurasthénie féminine* n'en est pas moins difficile sinon à guérir, du moins à améliorer.

Très fréquente chez la femme, en dehors de toute lésion de l'appareil génital, la neurasthénie a pour dominante un découragement profond, une disparition plus ou moins complète de la volonté, qu'accompagnent des sensations douloureuses dans tous les organes.

C'est contre cette *neurasthénie féminine*, cause et non résultat de troubles de l'appareil génito-urinaire, que le Dr Edmond Vidal a eu l'idée d'employer la *médication ovarienne.*

Il a essayé tour à tour *l'ingestion d'ovaires crus*, entourée dans la pratique des difficultés les plus ardues, à la dose d'un ovaire de brebis par jour; — *l'ingestion d'extrait sec* et *d'extrait papaïnique*, *d'extrait de substance corticale* et *d'extrait sec des follicules de de Graaf*; — et, en dernier lieu, les *injections hypodermiques de suc ovarique* préparé à l'acide chlorhydrique, suivant le procédé de Gilbert et Carnot.

C'est des injections hypodermiques que le Dr Edmond Vidal a retiré les meilleurs effets, Les injections quotidiennement faites, à des doses variant de 3 à 5 centimètres cubes, par séries de 16 à 20, ont donné des résultats suffisamment précis pour donner droit de cité à l'opothérapie ovarienne dans l'arsenal peu compliqué du *traitement de la neurasthénie féminine.*

Après quelques injections, 6 en moyenne, les malades voient disparaître un à un leurs troubles névropathiques. Le sommeil est récupéré, les céphalées disparaissent, l'appétit et la digestion se régularisent, le caractère se modifie et les malades ne tardent pas à pouvoir reprendre le cours normal de leur existence.

A l'appui de sa communication, M. le Dr Edmond Vidal présente le résumé de sa statistique portant sur 61 observations suivies depuis le 15 février 1898.

5e Journée : *Séance du soir.*

Présidence de M. le Professeur Terrier.

La séance, ouverte à 2 heures 45, est consacrée aux *maladies inflammatoires des annexes.*

Voici les communications qui s'y rapportent.

M. le Dr A. Palmer Dudley (de New-York). — *Chirurgie conservatrice de l'ovaire.*

A ce propos, l'orateur rapporte une opération d'implantation d'ovaire dans le fond de l'utérus, opération qui a parfaitement réussi. Il s'agit d'une femme de vingt et un ans, atteinte de pyosalpinx double. Après l'incision abdominale, le pyosalpinx fut enlevé et l'ovaire droit laissé suspendu par son ligament. On incisa alors le fond de l'utérus, et une portion de ce

fond fut enlevée pour recevoir l'ovaire; ce dernier fut alors vite détaché de son ligament, et la portion qui était voisine du pyosalpinx fut réséquée : la portion qui restait fut alors lavée dans une solution saline, plantée dans l'utérus, et maintenue en place par des fils de soie. L'incision faite à l'utérus fut alors suturée, et l'utérus replacé dans le bassin; on ouvrit le cul-de-sac et on fit le drainage avec de la gaze.

Trois semaines plus tard la malade eut ses règles. Depuis, elle s'est bien portée, sa santé a été parfaite, et les règles ont été maintenues.

Il est donc entendu que des opérations plastiques sur les appendices de l'utérus peuvent se faire sans danger; les résultats sont satisfaisants, et beaucoup de femmes retrouvent leur santé par ce moyen. En outre, l'auteur a déjà opéré plusieurs cas où des portions de l'ovaire seulement furent enlevées, et où le résultat fut entièrement satisfaisant : dans certains cas, cette opération n'empêcha pas une grossesse ultérieure de suivre son cours normal.

L'auteur a déjà fait une communication à ce sujet à Amsterdam, en août 1899.

M. le Dr Hartmann (de Paris). — *Traitement opératoire des annexites.*

« Au Congrès international de Gynécologie, tenu à Genève en 1896, au moment où l'hystérectomie vaginale, entre les mains de Segond, de Richelot, de Doyen, de Bouilly, semblait, dans notre pays, devenir l'opération de choix dans le traitement des annexites, j'ai, tout en regardant la castration vaginale comme indiquée dans des cas bien déterminés, déclaré que, d'une manière générale, je préférais la voie abdominale qui me semblait moins grave et qui était essentiellement une voie conservatrice.

« Vers la fin de la même année 1896, dans la thèse de mon élève Audiau, je recherchais la cause des symptômes pénibles, accusés par un certain nombre de femmes ayant subi l'opération de Tait et je la trouvais soit dans la persistance d'un utérus gros, douloureux et suintant, soit dans l'existence d'un moignon douloureux.

« Ces diverses imperfections dans les résultats éloignés des opérations abdominales pouvaient être évitées par des modifications de la technique. Aussi, l'an dernier, à Amsterdam, je pouvais dire qu'avec les perfectionnements successifs apportés à la technique opératoire (position élevée du bassin, limitation très exacte du champ opératoire, ablation totale de l'utérus toutes les fois qu'on était amené à la suppression bilatérale des annexes, ligature isolée des vaisseaux, reconstitution par la suture d'un plancher pelvien séreux), on obtenait par la voie abdominale des résultats définitifs excellents.

« Si j'ajoute que, par la conservation méthodique de tout ou partie d'un ovaire non suppuré, on arrive à éviter la plupart des accidents dits de ménopause prématurée, accidents dus non à la cessation des règles, mais à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire, j'aurai établi que les résultats de l'opération abdominale moderne sont non seulement très différents de ceux de l'ancienne salpingectomie, mais encore très supé-

rieurs à ceux de la castration vaginale, qui a constitué une étape dans le traitement opératoire des annexites, mais qui me semble aujourd'hui devoir être délaissée.

« En 1896, j'avais publié ma statistique d'opérations pour annexites[1] :

« **166 cas** avec **7 morts**, soit **4,22** p. 100.

« *104 cœliotomies*, 4 morts, 3,8 p. 100.

« *39 hystérectomies vaginales*, 4 morts, 7,68 p. 100.

« *22 colpotomies*, 0 mort.

« *1 incision abdominale*, 0 mort.

« Je vous apporte ma statistique du 1er octobre 1896 au 1er août 1900 :

« **115 cas** avec **1 mort**, soit **0,87** p. 100.

« Ces 115 cas se décomposent en :

« *60 castrations abdominales totales* pour lésions bilatérales graves des annexes (20 fois non suppurées avec 20 guérisons, 40 fois manifestement suppurées avec 1 mort, cette dernière attribuable à ce qu'un aide nouveau, effrayé en voyant le champ opératoire inondé de pus au moment de la rupture d'une poche, n'a pas gardé l'immobilité, ce qui a amené un déplacement des compresses limitant le champ opératoire et a permis à une anse grêle de s'inoculer au contact du pus. Tous les autres cas ont guéri, et cependant j'ai opéré pour lésions particulièrement graves, réséquant un certain nombre de fois l'appendice qui baignait dans le foyer suppuré.

« *37 cœliotomies conservatrices* tout au moins partiellement, comprenant 25 ablations unilatérales, dont 11 pour lésions suppurées, accompagnées 2 fois de la résection de l'appendice au contact du foyer.

« 2 incisions abdominales de salpingite suppurée.

« 2 ignipunctures de l'ovaire.

« 1 résection partielle d'ovaire kystique.

« 7 libérations d'annexes adhérentes.

« Dans un grand nombre de ces cas, qui tous ont guéri, l'opération sur les annexes a été accompagnée d'une opération plastique sur l'utérus, hystéropexie ou raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

« *16 colpotomies postérieures* pour des foyers suppurés à marche aiguë ou subaiguë.

« La simple évacuation de la collection a suffi pour guérir la femme dans 12 cas ; 4 fois une opération abdominale secondaire a été nécessaire. A ce propos, je tiens à insister sur la régression des lésions consécutives à ce simple débridement du foyer. Le ventre ouvert, on trouve des salpingites suppurées vulgaires, rétractées à une certaine distance de l'incision vaginale.

« 2 *hystérectomies vaginales* que j'ai dû pratiquer chez des femmes pour lesquelles l'intégrité de la paroi abdominale constituait le principal mode d'existence. Les 2 opérations étaient simples et les malades ont guéri.

« De l'ensemble de ces 281 opérations personnelles que je viens de relater brièvement, je crois devoir conclure non plus à la limitation des indications de la castration vaginale, comme je l'avais fait en 1896, mais à son

1. Voir *Annales de Gynécologie*, 1896, II, 163.

rejet absolu. L'opération abdominale est pour moi l'opération de choix; je ne conserve dans la voie vaginale que la colpotomie postérieure qui me paraît utile lors de foyers suppurés localisés, à marche aiguë ou subaiguë, car souvent elle suffit à elle seule pour amener la cessation des symptômes et dans les autres cas elle diminue certainement le pronostic de l'opération abdominale secondaire. »

M. le Dr VILLAREAL (de Mexico). — *Les opérations conservatrices mutilantes sur les organes génitaux internes de la femme.*

La cœliotomie abdominale et vaginale s'est perfectionnée avec les progrès de l'asepsie et la chirurgie conservatrice tend à prendre le dessus. L'auteur recommande surtout la cœliotomie vaginale antérieure qu'il considère comme la principale opération sur les organes génitaux internes, quand ces organes ne sont pas trop volumineux, à cause de la maladie, pour dépasser les limites du détroit supérieur, ou bien quand les adhérences sont trop fortes pour empêcher la descente des organes. On réserve la voie haute pour les très grosses tumeurs de l'utérus et des ovaires et pour les cas où l'opération est impossible. Ainsi, par la voie vaginale on peut opérer facilement les rétroflexions et rétroversions utérines adhérentes ou non, en détachant l'utérus et en terminant par la vaginofixation ou un procédé analogue de fixation antérieure. On peut opérer également par voie vaginale les pelvipéritonites chroniques, les ovarites, les salpingites chroniques, surtout quand elles résultent de l'infection puerpérale.

La cœliotomie vaginale antérieure, en permettant d'explorer facilement les organes génitaux internes, peut enfin être considérée comme premier temps de l'hystérectomie vaginale; on pourra faire celle-ci si l'exploration l'indique.

M. le Dr G. NANU (de Bucarest). — *Castration abdominale totale.*

« J'ai pratiqué 45 fois la castration abdominale totale. Les affections pour lesquelles j'ai opéré ont été les suivantes : 20 annexites suppurées, 8 fibromes de l'utérus, 3 grossesses extra-utérines, 2 infections puerpérales, 7 cancers de l'utérus, 2 néoplasmes malins des annexes, 2 prolapsus génitaux graves et 1 déciduome malin.

« Sur le total des opérées, 6 sont mortes, toutes les autres ont guéri.

« Les cas de mort se répartissent ainsi : 2 infections puerpérales; l'opération a été tardive, l'une des malades étant venue le huitième jour, l'autre le neuvième après l'accouchement.

« 2 cancers de l'utérus : les lésions étaient très étendues et en disproportion avec les phénomènes cliniques; l'opération a montré qu'elles étaient justifiables plutôt d'une intervention palliative.

« Enfin, 2 annexites suppurées; les poches purulentes s'étant déchirées pendant l'extirpation, le pus a contaminé le pelvis et a provoqué le développement d'une péritonite suraiguë.

« La technique que j'ai suivie et que je préconise se fait remarquer par les traits suivants :

« La voie sus-pubienne est à préférer presque toujours à la voie vaginale. Le plan incliné à 45°, du commencement jusqu'à la fin de l'opération, est indispensable. L'extirpation est commencée par les pédicules utéro-ovariens pour être terminée toujours par la circoncision du col, c'est-à-dire en procédant de haut en bas. La section des connexions vasculaires est faite après la ligature préalable des vaisseaux et en évitant la formation de gros pédicules. Je fais la ligature des artères hypogastriques avant et même après l'extirpation de l'utérus, toutes les fois que je les trouve facilement. La circoncision est commencée de préférence par le cul-de-sac vaginal latéral droit, avec la saisie, entre les doigts, du col bien dénudé, comme seul moyen de repère. La reconstitution du plancher péritonéal, avec des lambeaux préalablement obtenus par décollement ou par la dissection et, faute de ceux-ci, avec ce qui reste du péritoine rétro-vésical et la séreuse du côlon pelvien, est toujours à conseiller. Drainage vaginal des surfaces avivées, voire même du péritoine, dans les cas de contamination par les substances septiques; jamais de drainage sus-pubien.

« L'asepsie a été exclusivement employée, me servant d'instruments et de compresses stérilisés à sec par la chaleur. »

M. le Dr H. Delagénière (Le Mans). — *De l'appendicite dans les affections de l'utérus et des annexes.*

« Il s'agit de l'inflammation de l'appendice ou de ses lésions interstitielles dans le cours de certaines affections de l'utérus ou des annexes.

« En 1897, au Congrès de Chirurgie, nous avons attiré l'attention sur ce point, et nous avons admis l'origine intestinale des appendicites dans ces cas. — Aujourd'hui, nous apportons 26 nouveaux cas qui nous ont permis d'étendre la question.

« Il s'agit, comme dans toute appendicite, d'une folliculite infectieuse. La folliculite est le plus souvent préparée par l'inflammation péritonéale, due à l'annexite ou à l'affection de l'utérus. Cette péritonite amène la constipation, la stase des matières dans l'intestin, puis la colite, la typhlite et, enfin, l'appendicite. A cette cause, qui est la plus fréquente, il faut ajouter l'infection des follicules par la circulation, dans certains cas d'annexites infectieuses. Enfin, s'il est beaucoup plus fréquent de voir l'appendicite consécutive à l'annexite, on peut voir aussi certaines formes de suppurations pelviennes consécutives à des appendicites suppurées. Nous disons suppurations pelviennes et non annexites, les annexes dans ces cas n'ayant présenté que des lésions superficielles et de propagation péritonéale.

« Nous avons trouvé toutes les formes d'appendicites : folliculaires, aiguës et chroniques; le foyer suppuré, quand il existait, arrivait au contact des annexes droites et était encore séparé du Douglas par l'anse oméga. Dans certains cas l'extrémité de l'appendice paraissait simplement enfouie dans des adhérences venant des annexes.

Les symptômes de l'appendicite, dans les annexites, se confondent avec ceux des annexites en général. Lorsqu'il s'agit de tumeurs utérines, le diagnostic est plus facile, les signes étant ceux de l'appendicite ordinaire.

« Nous avons rencontré, dans un grand nombre d'observations, les crises d'appendicite éclatant au moment des règles. Dans cette forme, le siège à droite de la lésion, les antécédents gastriques et l'état gastrique actuel permettront seuls de faire le diagnostic.

« Comme dans toute appendicite, on ne peut prévoir comment se comportera la crise présente. Toutes les complications habituelles des appendicites sont à craindre. On devra donc, dès que le diagnostic sera porté, conseiller l'opération immédiate ; dans le cas de doute l'opération immédiate sera encore indiquée, car l'attente ne peut rien faire gagner à la malade.

« L'opération consistera en une laparotomie médiane, l'ablation des annexes malades et de l'appendice, et, s'il existe un foyer suppuré, le drainage direct de ce foyer par une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite. »

M. le Dr Mauclaire (de Paris). — *Autogreffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovariectomie.*

Les opérations conservatrices de l'ovaire, ovariectomie partielle, ignipuncture, suivies ou non de salpingo-ovarosyndèse, de salpingo-ovaropexie ou de salpingorraphie sont actuellement à l'ordre du jour et cela dans le but de faciliter ultérieurement une grossesse, et aussi pour éviter l'insuffisance ovarienne. Or, dans certains cas où l'ovaire adhérant à la trompe doit être enlevé avec celle-ci, ne pourrait-on pas chercher à le greffer chez l'opérée, si cet ovaire est encore à peu près sain?

Chez les animaux, la première greffe semble avoir été faite par Knauer. Les autogreffes intrapéritonéales ou sous-cutanées continuent le plus souvent à vivre et fonctionnent. Ultérieurement plusieurs femelles ainsi greffées eurent des grossesses répétées.

Les hétérogreffes s'atrophient le plus souvent. Ces résultats ont été confirmés par Gregorieff, Jayle, Marchese, Rubinstein, Herlitza, Fisch, Conc, Preobraschensky, Ribbert, Schutz. Ce qui est assez singulier, c'est que les greffes faites chez des sujets mâles de même espèce continueraient à vivre. Les greffes faites sur des sujets d'une autre espèce finissent par s'atrophier. Enfin, personnellement, chez des lapines, nous avons greffé sans succès des ovaires dans des testicules dans le but de produire des tumeurs du testicule.

Chez la femme, la première hétérogreffe ovarienne semble avoir été faite par Morris; il fut imité par Glass; Dudley fit une autogreffe intra-utérine, et sa malade plus tard devint enceinte.

Les hétérogreffées de Morris et Glass virent disparaître leurs troubles menstruels préopératoires.

Pour éviter les troubles d'insuffisance ovarienne après la salpingo-ovariectomie, nous avons tenté l'autogreffe sous-cutanée quand apparemment l'ovaire pouvait être considéré comme aseptique et quand évidemment il ne pouvait être laissé en place dans l'abdomen.

Nous avons fait sept fois l'autogreffe dans ces conditions, mais sur ce nombre quatre greffes durent être enlevées les jours suivants parce qu'elles

n'étaient pas aseptiques. Chez une malade qui a pu être revue et chez laquelle une greffe persista sans accidents, on sentait encore très nettement celle-ci à la palpation trois mois et demi après l'opération; son volume était peu diminué. La malade n'ayant plus que cet ovaire greffé avait vu ses règles revenir deux fois. Une autre greffe, chez une autre malade, était encore reconnaissable à la palpation deux mois et demi après l'opération. La troisième malade greffée n'a pu être revue (fibrome). En somme, sans vouloir tirer des conclusions définitives, nous pensons cependant que les greffes ovariennes sous-cutanées peuvent être tentées dans quelques cas pour conserver la sécrétion interne de l'ovaire.

Discussion. — M. le Dr S. Pozzi pense que l'on a beaucoup exagéré les troubles causés par la cessation de la sécrétion interne des ovaires, et qu'on a rapporté à cette cessation des troubles qui ne leur appartenaient pas. Il y a en effet trois catégories de cas : ceux d'abord où les ovaires ont été enlevés, mais où on a conservé un utérus malade; il n'y a rien d'étonnant que dans ces cas il reste des troubles nerveux, douloureux, qui tiennent non pas à ce qu'on a trop enlevé, mais à ce qu'on n'a pas assez enlevé. Une seconde catégorie concerne les ovariotomies faites avec une chaîne de grosse soie sur les côtés de l'utérus; ces grosses ligatures constituent des corps étrangers, des épines qui font souffrir les malades. Il reste enfin un très petit nombre de cas, et l'orateur n'en a observé que 4, 5 ou 6 depuis vingt ans, où les troubles peuvent être attribués à la cessation de la sécrétion interne. C'est pourquoi la greffe sous-cutanée des ovaires n'a pas l'importance qu'on pourrait lui attribuer; théoriquement cette greffe est admissible, mais en pratique elle est décevante; il s'agit, bien entendu, de la greffe des ovaires séparés de leur moyen de nutrition. D'après Cl. Bernard, les tissus vivants greffés sous la peau y subsistent un certain temps, mais ensuite ils se résorbent, ou bien ils s'infectent et s'éliminent par un abcès. C'est ce qui se passe pour les greffes ovariennes qui, au bout de peu de temps, n'auront plus aucune utilité. De plus, il y a un certain danger à greffer un ovaire déjà infecté.

M. le Dr Mauclaire a voulu, en employant, comparativement à ce que l'on sait, des greffes thyroïdiennes, faire des essais de greffes ovariennes, les deux organes ayant quelques analogies fonctionnelles comme le montrent les recherches physiologiques récentes.

M. le Dr Bouilly pense, comme M. Pozzi, que l'on exagère beaucoup l'importance et la gravité des phénomènes post-opératoires succédant aux ablations des annexes. Dans un certain nombre de cas, l'orateur n'a vraiment jamais observé de phénomènes graves. Il y a lieu de tenir grand compte des troubles qui pouvaient exister avant l'opération. Pour les phénomènes nerveux, pour la tendance à l'obésité, il en est de même que pour les psychoses post-opératoires, il existe en général une prédisposition antérieure, connue ou inconnue. Les accidents les plus ordinaires sont la bouffée de chaleur

et les transpirations; bon nombre de femmes ne s'en plaignent pas et n'attirent pas l'attention de ce côté. Les troubles de neurasthénie ne se voient que chez ces femmes qui étaient touchées auparavant. Une remarque paradoxale, mais fondée sur l'observation, est que les femmes âgées, au voisinage de la ménopause, sont plus gênées par les troubles post-opératoires que des femmes très jeunes; il est nécessaire d'admettre que les femmes âgées présentent une *habitude ovarienne* invétérée dont la suppression ne va pas sans troubles. L'orateur pense qu'il y a souvent plus d'inconvénients à garder qu'à enlever les ovaires dans les hystérectomies. Il ajoute que jusqu'à présent le traitement par l'opothérapie ovarienne ne lui a donné que peu de résultats.

M. le Dr JAYLE (de Paris) pense que la conservation des ovaires au titre de sécrétion interne est encore à l'étude et ne saurait être parfaitement indiquée; cependant il est quelques points à considérer :

1° Tous les ovaires ne sont pas à conserver; il ne faut garder que ceux dont le fonctionnement physiologique est parfait.

2° Ce fonctionnement physiologique n'est pas en rapport avec l'état physique de l'organe et ne pourrait en tout cas être apprécié d'après l'examen direct.

3° Il n'y a qu'un moyen de connaître le fonctionnement de l'ovaire, c'est l'interrogatoire de la malade *avant* l'opération, interrogatoire spécial, minutieux, qui portera exclusivement sur l'existence ou la non existence des troubles de la menstruation.

4° Toutes les fois que l'on relèvera l'existence de troubles menstruels avant l'opération (insuffisance ovarienne), il ne paraît pas y avoir grand intérêt à conserver les ovaires, puisque ces organes ne fonctionnent déjà plus.

5° Toutes les fois que ces symptômes n'existent pas, si faire se peut, au point de vue opératoire et autant que l'intérêt de la malade l'exige, on conservera un ovaire ou les deux.

6° Enfin, au point de vue de l'intensité des troubles, l'orateur a remarqué, comme M. Bouilly, que souvent les femmes âgées sont plus incommodées que les femmes jeunes. Il en a déjà donné l'explication suivante : La castration amène la suppression des ovaires et la suppression des règles. Celles-ci étant absentes, il en résulte que le système vasculaire ne subit plus sa déplétion périodique. Or, plus cette déplétion est ancienne, c'est-à-dire plus la malade est âgée, plus le nouvel état du système vasculaire sera différent de l'ancien, et plus les troubles congestifs augmenteront.

7° Enfin, dans les cas de suppuration, si on constate parfois moins de troubles, cela tient à ce que l'ovaire est depuis longtemps dégénéré et à ce que, ses fonctions étant émoussées, amoindries, leur suppression sera plus facilement supportée.

M. le Dr GOULLIOUD (de Lyon). — *De la salpingostomie.*

« Depuis Lawson Tait, quand, au cours d'une laparotomie pour salpingo-ovarite grave, nous constations une occlusion double des pavillons, preuve

certaine d'une lésion bilatérale, nous enlevions résolument les annexes des deux côtés. Lawson Tait sacrifiait préventivement les deux annexes, même quand une d'elles était saine. Depuis on a fait beaucoup, à la suite de A. Martin, de Pozzi, de Jayle, pour la conservation de l'ovaire. On a moins fait pour la trompe. Cependant Polk, Dudley, Skutsch, A. Martin, etc., se sont efforcés de conserver la trompe en pratiquant la salpingostomie. La thèse de Montana (Paris, 1899) renferme les tentatives faites à l'étranger et à Paris; celle de Jersaillon (Lyon, 1899) contient mes propres observations.

« L'opération consiste, quand on trouve une trompe malade, avec son pavillon obstrué, sa cavité distendue par du liquide, à réséquer la partie malade de la trompe et à faire sur le moignon tubaire un ostium péritonéal par quelques points de suture réunissant la muqueuse éversée à la séreuse tubaire. Un débridement léger du canal tubaire agrandit cet orifice. L'ovaire est débarrassé des adhérences qui le fixent et le rendent microkystique: il est en partie réséqué, s'il y a lieu. Les annexes du côté des plus grosses lésions sont généralement enlevées.

« Nous avons fait cette opération avec succès, sans mortalité aucune, dans des cas de salpingo-ovarite chronique, opérés à froid, loin du début de l'affection, quand nous ne rencontrions pas de pus, du côté du moins où nous tentions la conservation.

« L'occlusion cicatricielle du pavillon et l'hydrosalpinx sont les cas les plus favorables. Les résultats ont été bons; les malades ont cessé de souffrir et n'ont pas eu de récidive. Mais un choix sévère des cas s'impose pour éviter la mortalité et la récidive. Nous n'avons pas jusqu'ici observé de grossesse; mais les auteurs cités en ont rapporté quelques cas probants. La salpingostomie pourrait donc être un traitement important de la stérilité, quand celle-ci est due à l'occlusion des pavillons tubaires par des adhérences périannexielles, occlusion qui n'a pas de tendance à disparaître spontanément. Il faut savoir d'ailleurs, comme Reymond l'a prouvé, que l'ostium uterinum reste perméable dans la salpingite, même grave.

« Telle est la salpingostomie primitive. Nous donnons le nom de salpingostomie secondaire à la même opération faite à froid, après qu'on a débridé par le vagin une suppuration pelvienne aiguë. Nous avons agi ainsi deux fois avec succès. On peut donc, chez des malades gravement infectées, intervenir d'abord pour les débarrasser d'un abcès menaçant; puis secondairement faire, par la laparotomie, l'ablation des annexes d'un côté et la salpingostomie de l'autre. On évite ainsi la castration totale avec ses troubles nerveux et ses tristesses. Celle-ci reste la suprême et précieuse ressource pour les cas les plus graves. »

M. le Dr Psaltoff (de Smyrne). — *Hématosalpinx droit; absence complète du vagin; laparotomie; ablation des deux annexes; apparition des règles par le rectum.*

« Le 27 septembre 1896, une jeune fille de vingt ans se présentait à la consultation de l'hôpital grec de Smyrne, nous fournissant d'abord les renseignements suivants :

« Elle n'avait jamais, à aucune époque, présenté d'écoulement menstruel.

« Il y a sept ans environ, elle commençait à éprouver des douleurs dans le bas ventre, du côté droit; douleurs continues qui présentaient, cependant, une exacerbation, tous les vingt-trois jours, et duraient pendant quarante-huit heures.

« Plus tard, ces douleurs devinrent plus intenses et nécessitèrent des injections de morphine pour les calmer. Enfin, elles devinrent tellement vives et constantes, que la malade se décida à venir réclamer nos soins.

« En dehors de ces données, cette jeune fille n'a jamais présenté d'affections graves; ni de son côté ni de celui de ses parents on ne peut trouver de diathèse acquise ou transmise.

« A notre premier examen, on constate que l'état général est, malgré tout, très satisfaisant.

« La palpation nous fait sentir, à l'abdomen, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, siégeant dans le petit bassin, du côté droit, un peu mobile et très légèrement douloureuse à la pression.

« A la vue, la conformation extérieure des organes génitaux semble normale, mais on constate immédiatement l'absence d'orifice vaginal.

« Le toucher par le rectum, la seule voie qui nous reste libre, fait constater, à une profondeur de 6 centimètres, la présence de l'utérus et permet de sentir que cet organe, augmenté de volume, est en antéversion.

« Le doigt, restant toujours dans la même situation, mais s'aidant du palper abdominal, la tumeur indiquée plus haut paraît fluctuante, mais indépendante de l'utérus.

« Après cet examen, le diagnostic était facile à poser; il s'agissait d'un hématosalpinx droit, déterminé par l'absence complète du vagin.

« En présence de ce cas, quelle devait être notre conduite et l'intervention opératoire?

« L'intervention opératoire idéale eût été de confectionner à cette jeune personne le vagin qui lui manquait, et de lui permettre de ne pas garder des ovaires inutiles. Peut-être même, en mettant les choses au mieux, eussions-nous pu donner aussi issue au liquide de l'hématosalpinx. C'eût été le rêve.

« C'est ce que nous avons tenté d'abord, mais malheureusement, notre tentative ne fut pas couronnée de succès. La voie abdominale s'imposait.

« Nous pratiquâmes la laparotomie, en présence de nos collègues, MM. Varda, Dascalachi et Papoaconstantinidi; à peine le péritoine fut-il ouvert que nous aperçûmes la tumeur. Son extraction était difficile, à cause de son volume et de ses adhérences. Pour cette raison, nous pratiquâmes la ponction et l'aspiration du liquide contenu dans la tumeur, avec l'aspirateur Dieulafoy.

« La consistance du liquide était très épaisse et de couleur chocolat.

« Après avoir détaché les adhérences, nous avons enlevé la poche entière, en liant le pédicule avec une ligature de soie en chaîne. Comme l'autre annexe (gauche) était dégénérée, et que, sur l'ovaire, un kyste du volume

d'un citron existait, nous l'enlevâmes, de la même manière que ci-dessus.

« La matrice était augmentée de volume, mais nous ne crûmes pas prudent de prolonger l'opération, et nous la laissâmes en place.

« Sur la matrice, nous trouvâmes plusieurs petits kystes, de la grandeur d'une noisette, que nous rompîmes et enlevâmes avec les doigts.

« L'opération terminée, après avoir nettoyé le péritoine avec des compresses antiseptiques et suturé le ventre, nous appliquâmes un bandage antiseptique.

« La malade n'a rien présenté d'inquiétant après l'opération. Les douleurs avaient cessé; et le 17e jour, elle put se lever et marcher aisément dans la salle de l'hôpital.

« Malheureusement, cet état satisfaisant ne dura plus longtemps. Quelques semaines après, elle commença à se plaindre de douleurs dans le ventre, et surtout pendant la défécation.

« En l'examinant par le rectum, avec le doigt, nous constatâmes que le col de la matrice se trouvait tout à fait en arrière, et empêchait l'introduction libre du doigt. En palpant l'abdomen, nous trouvâmes la matrice sensiblement augmentée, du volume d'une orange.

« Nous eûmes recours alors, à cause des fortes douleurs qu'elle éprouvait, aux injections hypodermiques de morphine, projetant une nouvelle intervention. »

M. le Dr Amann (de Munich). — *Sur la réparation des grandes pertes de substance péritonéale dans les opérations faites dans le petit bassin.*

Au cours de plusieurs opérations abdominales et abdomino-vaginales, il se fait des pertes de substance tellement considérables qu'on est contraint de renoncer à la réunion de ces pertes par la suture du péritoine environnant.

Ces pertes de substance péritonéale ont comme origine :

1° Les abcès du petit bassin, surtout s'ils sont causés par le streptocoque, la tuberculose ou par le coli-bacille. De là proviennent des néoformations très étendues, des adhérences également étendues, de telle sorte que la conservation du péritoine est impossible. Le cas est encore plus prononcé si l'abcès fait irruption dans les organes du voisinage, dans l'intestin, dans la vessie, le vagin, ou bien quand on a affaire à des kystes dermoïdes du petit bassin.

2° Des troubles de nutrition dus au développement étendu des tumeurs intraligamenteuses de l'utérus ou de l'ovaire.

3° La dégénérescence maligne du péritoine lui-même (carcinome, sarcome).

Dans tous ces cas on est obligé d'enlever des portions étendues du péritoine. Cette ablation est de rigueur lorsqu'on pratique l'évidement complet du bassin avec dissection des uretères dans l'extirpation totale de l'utérus carcinomateux. Mais ces pertes de substance sont le point de départ de brides, d'adhérences qui existent malgré le drainage.

Jusqu'aujourd'hui, pour prévenir ces inconvénients, on a pratiqué le

drainage en haut et en bas, mais le drainage ne prévient sûrement pas les brides et les adhérences qui peuvent obstruer au-dessus du drainage, et diminuer la cavité pelvienne. Des occlusions de l'intestin peuvent même se produire quelquefois très tard.

L'auteur propose de recouvrir toutes ces pertes de substance et expose deux méthodes qu'il pratiqua avec succès dans de très nombreux cas.

La première méthode consiste à rendre mobile et à transplanter le péritoine de voisinage.

La seconde méthode consiste à transporter, sur ces pertes, des organes couverts de péritoine.

Pour ce qui concerne la première méthode, voici comment il procède. Il commence, à partir des lèvres de l'incision abdominale, à décoller progressivement le péritoine jusqu'au cavum Retzii, éventuellement des deux côtés. Cette façon de procéder permet de séparer ou de décoller une plus grande partie du péritoine de la vessie. Cette partie du péritoine est devenue plus mobile et peut être attirée jusqu'à la paroi postérieure du bassin.

Dans la seconde méthode, l'auteur emploie l'S iliaque ou la vessie. On sépare d'abord l'S iliaque de ses adhérences éventuelles et on le tire doucement vers le côté droit jusqu'au cæcum et jusqu'à la paroi latérale du bassin, où il pourra être employé pour combler les pertes de substance. S'il y avait nécessité d'extirper l'utérus, on doit fixer par suture l'S iliaque à droite et à gauche, à la paroi latérale du bassin, et en avant à la vessie ou à la paroi postérieure de l'abdomen. Dans le cas où l'on conserve l'utérus, on fixe l'S iliaque à la paroi postérieure de l'utérus et latéralement aux parois du bassin. Au-dessous de ce toit formé par l'S iliaque couvert du péritoine et suspendu à son mésentère, on pratique le drainage (abdominal ou vaginal) avec de la gaze iodoformée.

Cette séparation de la partie inférieure du bassin du reste de la cavité abdominale offre des avantages spéciaux dans le cas d'abcès des organes génitaux qui se trouvent en communication avec l'intestin, par exemple des pyosalpinx avec irruption dans le gros intestin, ou des tumeurs suppurées de l'ovaire.

L'auteur emploie la vessie après l'extirpation abdominale totale lorsque le mésentère de l'S iliaque est raccourci par infiltration et qu'il n'y a pas par conséquent possibilité de transplanter l'S iliaque. Dans ce cas, on fixe la vessie par une suture à la paroi postérieure du bassin ou à l'S iliaque. Dans certains cas, on sépare la vessie, par voie transpéritonéale, de la paroi antérieure du bassin pour la rendre ainsi plus mobile.

La suture est faite avec du catgut fin.

Ces méthodes ont été employées dans plus de 50 cas d'hystérectomie abdominale pour myomes, carcinomes, abcès du bassin communiquant avec l'intestin, etc., cas dans lesquels il y avait de très grandes pertes de substance, dans 18 autres cas où l'utérus fut conservé, enfin, dans deux cas où il fallait pratiquer l'opération au cours de la péritonite. Tous ces cas ont été suivis de guérison.

L'auteur n'a jamais observé d'accident causé par la transplantation de l'S

iliaque. La fonction de l'intestin se rétablit toujours dans l'espace de temps habituel et quelquefois même plus rapidement. Il propose d'employer toujours l'S iliaque dans les pertes très étendues du péritoine, car dans ces cas il est impossible de les couvrir autrement.

M. le Dr J. Kiriac (de Bucarest). — *Note sur les laparotomies secondaires.*

« Sur un nombre de 155 laparotomies faites dans mon service de gynécologie, j'ai eu trois cas de péritonites post-opératoires : un en 1897 et les deux autres en 1900. Dans deux cas, les malades ont été sauvées par une simple laparotomie secondaire; dans le troisième, par une double laparotomie secondaire.

« Voici, en quelques mots succincts, les observations.

« Observation I. Élisabeth Nicolesco, vingt-trois ans, entre dans mon service pour une double annexite suppurée. Le 19 décembre 1897, je lui fais une laparotomie très laborieuse en lui enlevant, non seulement les annexes, mais en même temps l'utérus lui-même. Le lendemain, la malade est en proie à une péritonite aiguë presque mortelle : sueurs froides profuses, pouls imperceptible, conscience perdue, bref agonie complète.

« Immédiatement, je fais transporter la malade sur la table d'opération et, sous l'influence de quelques gouttes de chloroforme, je lui ouvre de nouveau le ventre. Il en sort une quantité très abondante d'un liquide sanguinolent assez trouble et d'un aspect sale. Je fais de grands lavages au sublimé 1 p. 1000 à 40°; j'enlève quelques parcelles de détritus et je détache, par-ci, par-là, des adhérences intestinales lâches. Une fois la toilette péritonéale bien faite, j'introduis et je laisse à demeure, dans le petit bassin (drainage abdominal) une compresse de 70 centimètres de longueur sur 40 centimètres de largeur que j'enlève après cinq jours.

« Le 22 janvier 1898, la malade quitte l'hôpital complètement guérie. Au mois d'avril 1898, je l'ai revue; elle ne sait comment nous remercier.

« Obs. II. Celle-ci est plus intéressante encore, étant donné que la femme a été soumise à deux laparotomies secondaires en deux jours consécutifs, de telle sorte que la malade a supporté trois laparotomies successives en trois jours. Voici le résumé du cas :

« Maria Pais, vingt-deux ans, entre dans mon service avec une double annexite suppurée, accompagnée de douleurs et souffrances tellement intolérables qu'elle nous prie de lui faire n'importe quelle opération.

« Le 16 février 1900, je lui fais une laparotomie excessivement difficile à cause des nombreuses adhérences des annexes avec le gros intestin, ainsi qu'avec les parties avoisinantes.

« Le 17 février, la malade était comme perdue : algide, température très basse, pouls imperceptible, extrémités froides, vomissements incoercibles, etc.

« Ouverture immédiate de l'abdomen sans chloroforme. Il en sort une quantité tellement abondante d'un liquide rouge vineux qu'elle nous fait l'impression d'une véritable hémorragie. J'ai fait de grands lavages au sublimé à 40°. Les intestins étaient excessivement ballonnés, injectés et

collés par une exsudation blanche que j'ai détruite en mettant en liberté toutes les anses intestinales. Après avoir introduit dans le bassin une large compresse, je ferme l'abdomen.

« Le 18 février, la malade, quoique un peu améliorée, ne s'en trouvait pas moins sous l'influence d'une péritonite mortelle. Immédiatement, je lui ouvre de nouveau le péritoine, et je fais sortir encore cette fois une nouvelle quantité de liquide séro-sanguinolent, mais beaucoup moins abondante que la veille. Grands lavages au sublimé, introduction d'une grande compresse dans le bassin, pansement, etc.

« Le 17 mars, la malade sort complètement guérie.

« Obs. III. Héléna Buruiana, quarante ans, entre dans mon service le 2 mai 1900 pour une double annexite suppurée.

« Le 2 juin, laparotomie, extirpation des deux annexes.

« Le 5 juin, la malade se trouvant encore atteinte d'une péritonite mortelle, je lui ouvre de nouveau le ventre et je fais sortir une quantité très notable d'un liquide séro-sanguinolent : larges lavages au sublimé chaud et introduction d'une grande compresse laissée à demeure dans le petit bassin et que je fais sortir après trois jours. Le 20 juin, la malade sort complètement guérie.

« *Conclusions.* — Ces trois observations sont assez démonstratives pour nous prouver l'efficacité des laparotomies secondaires dans le cas de péritonites post-opératoires. En effet, rien ne peut mieux lutter contre l'accumulation du liquide dans le péritoine, qui entretient le mal, qu'une nouvelle ouverture franche et audacieuse du ventre. Les autres moyens, comme les injections du sérum sous la peau et dans les veines, agiront ensuite plus efficacement, comme il nous a été démontré dans nos observations.

« En outre, je profite de cette occasion pour démontrer encore une fois, comme je l'ai fait au Congrès de Marseille en 1898, la grande puissance antiseptique du sublimé ainsi que l'innocuité de son introduction dans le péritoine. Mais je n'y insiste pas davantage, ni sur la méthode qui se trouve amplement décrite et reproduite en français dans mon quatrième volume de chirurgie spéciale aux maladies gynécologiques. »

A propos de l'emploi du sublimé pour le lavage du péritoine, que préconise M. le Dr Kiriac, l'auteur a communiqué au Bureau le document suivant :

M. le Dr J. Kiriac (de Bucarest). — *Le lavage du péritoine au sublimé.*

« En gynécologie l'emploi du sublimé est infiniment plus limité qu'en chirurgie générale.

« Qui ne connait les accidents auxquels donnent lieu les lavages intra-utérins post partum au sublimé, à la dose même inférieure de 1 0/00? Même les lavages du vagin au sublimé se font plus rarement, soit à cause des phénomènes d'intoxication, qu'on observe quelquefois, soit à cause de la cystite souvent assez rebelle, que produit ce toxique, chaque fois qu'il vient en contact avec le méat urinaire.

« Le sublimé a été employé encore plus rarement en lavage péritonéal.

« Il est constant aujourd'hui que le sublimé est impropre pour la séreuse péritonéale, tant à cause de la délicatesse de son revêtement épithélial que de la rapidité de l'absorption à son niveau.

« Malgré cela, dès avant 1889, époque à laquelle j'étais chirurgien adjoint de mon illustre Maître, M. le Professeur G. Assaky, dans chaque laparotomie, avant de fermer l'abdomen, je laissais écouler à dessein dans la cavité péritonéale de très petites quantités de sublimé 1 0/00. Je faisais cela, avec l'intention d'obtenir de cette solution un bain antiseptique dans la partie déclive du péritoine. Vu les résultats satisfaisants, j'ai suivi ce système avec ménagement jusqu'en 1895, date de ma nomination comme chirurgien en chef du service gynécologique de l'hôpital Philanthropia de Bucarest.

« Ayant observé dans cet intervalle, que la mortalité était à peu près insignifiante, ne comptant que deux décès sur 40 laparotomies que j'avais pratiquées, dus à d'autres circonstances qu'à la méthode, j'ai pris la décision de l'employer d'une façon systématique.

« En effet, il est de notion courante que, dans la majorité de cas, les annexites contractent de si nombreuses adhérences avec les organes et les parties avoisinantes, qu'elles forment un véritable bloc situé parfois dans la profondeur du bassin. C'est à une pareille tumeur que nous donnons le nom de *parartématocèle* (παρ 'αρτήματα = annexe, et Κήλη = tumeur). Maintes fois, ces tumeurs ont une si grande ressemblance avec le sarcome, qu'elles ont été prises pour lui. Je suis persuadé que la plupart des observations données, à propos de la diminution et même de la disparition de tumeurs sarcomateuses des organes génitaux internes, par la laparotomie exploratrice, n'étaient que des annexites arrivées à leur dernier degré. En effet, bien des fois, en face de ces lésions, je me suis astreint à une laparotomie exploratrice, tout en déchirant les adhérences qui me paraissaient plus faibles et les faisant suivre d'un lavage au sublimé. Par ce moyen, non seulement je n'ai eu à déplorer aucune perte, mais tout au contraire, j'ai eu à constater, avec satisfaction, une diminution du volume de la tumeur, et qui plus est, la disparition, quelquefois totale, des douleurs atroces dont souffraient les malades.

« Enhardi par de tels succès, j'ai commencé à attaquer et à détruire les adhérences les plus solides, cherchant à décortiquer les tumeurs annexielles, à les faire sortir à la surface de la plaie et à les extirper.

« J'avoue que cette manœuvre ne peut toujours être pratiquée sans une certaine difficulté.

« Souvent les hémorragies sont abondantes pendant l'opération ; quelquefois même, malgré toutes les précautions prises, bien des fois les tumeurs annexielles se déchirent et s'ouvrent dans l'abdomen, versant leur contenu, en général purulent, dans le péritoine. Ce n'est qu'en les morcelant que, dans bien des cas, on arrive à avoir les annexes.

« Il m'est arrivé de déchirer l'intestin et, le plus souvent, le gros intestin pendant la destruction des adhérences. Et cependant, malgré ces manœuvres et ces accidents, les malades ont guéri, grâce, je crois, à l'emploi d'abondants lavages de la cavité péritonéale au sublimé.

« Les lavages ont été d'une manière générale parfaitement supportés, bien que le titre de la solution fût de 1 0/00.

Sur 11 cas dans lequels le lavage au sublimé a été fait, une dizaine seulement ont présenté des phénomènes assez sérieux d'intoxication mercurielle, tels que la diarrhée verte colliquative fétide, mais sans aucune mauvaise suite. Par l'administration d'opiacés, tout avait disparu au bout de quelques jours, sans que les malades aient eu la moindre ascension thermique.

« Dans deux cas, j'ai eu à constater une stomatite mercurielle. Vu la nature des opérations, ainsi que les complications ultérieures, de tels accidents ne doivent pas être considérés comme un obstacle. Je n'hésite pas à déclarer que toutes nos malades atteintes d'affections graves ont eu la vie sauve grâce aux lavages du péritoine au sublimé.

« Voici la formule que j'emploie :

Sublimé : *un gramme*;
Eau distillée : *un litre*;
Alcool : *60 grammes.*

« Je fais bouillir dans un vase émaillé 3-4 litres de cette solution destinée au lavage. Dans une autre solution au même titre, je fais bouillir pendant 3-4 heures des compresses de gaze hydrophile de différentes grandeurs, qui seront introduites dans la cavité péritonéale. La malade ayant été au préalable préparée pour l'opération, et ayant pris un bain général au sublimé, nous nous assurons de la parfaite antisepsie de l'abdomen en le recouvrant d'un pansement humide au sublimé. La malade est mise sur la table d'opération, et nous procédons à la chloroformisation, après avoir enveloppé les membres inférieurs, et quelques fois même les supérieurs, de beaucoup d'ouate hydrophile fixée par des bandes. Le nettoyage des mains se fait en les lavant et les savonnant dans une solution de sublimé chaud, puis en les brossant dans l'alcool.

« Sitôt que le péritoine est ouvert, nous introduisons des compresses bouillies dans le sublimé, que nous avons soin de refroidir un peu dans une autre solution de sublimé froid. Après cela, nous faisons une première exploration en introduisant la main gauche dans l'abdomen. Ensuite nous mettons la malade dans la position de Trendelenburg.

« Nous commençons à extraire les organes malades, déchirant au fur et à mesure, dans toutes les directions, toutes les adhérences qui se présentent.

« Pendant ce temps, l'hémorragie est parfois assez abondante; il faut ajouter quelquefois la rupture des poches purulentes ou présentant d'autre contenu. C'est alors que nous appliquons des lavages au sublimé bouilli, coupé de sublimé froid. Nous imbibons de grandes compresses que nous exprimons dans l'abdomen, jusqu'à ce que le liquide s'écoule par les lèvres de l'incision abdominale. Ce flot entraîne des coagulums sanguins, des détritus, du pus ou d'autres produits. Nous continuons le lavage jusqu'à l'issue d'un liquide absolument propre.

« Ensuite, au moyen des compresses toujours imbibées de sublimé bouilli

et bien exprimées, on enlève le liquide resté dans la cavité péritonéale ainsi que les débris qui peuvent s'y trouver.

« La tumeur une fois libérée de tous les côtés, nous l'extirpons en appliquant au ras du bord utérin un fil double de soie. Quand le pédicule est grand, nous mettons plusieurs points de sutures subintrantes. La tumeur enlevée, nous introduisons du côté opéré une compresse d'attente, et nous nous occupons des annexes du côté opposé.

« Après examen préalable, trouvant que les parties opérées sont propres, nous introduisons une grande compresse mouillée toujours dans du sublimé, mais bien exprimée. Cette compresse, nous l'étalons dans l'entière cavité du petit bassin, tâchant de recouvrir toute la surface saignante. Nous y laissons cette compresse durant 10-15 minutes.

« Pendant ce temps nous remettons la malade en situation horizontale.

« Après avoir enlevé la compresse, nous examinons à nouveau la cavité péritonéale que nous étalons au moyen des écarteurs larges. Nous tâchons d'enlever, n'importe où nous trouvons, soit avec les doigts, soit avec une compresse, les moindres petits coagulums ainsi que les restes d'adhérences.

« Ensuite nous cherchons à réduire autant que possible les moignons des tumeurs au moyen de sutures appropriées. L'acte opératoire se termine par l'enfouissement des moignons sous la séreuse ; et toutes les fois que faire se peut nous reconstituons le plancher.

« Quand tout est en ordre, nous fermons l'abdomen après avoir fait sortir la compresse. Dans le cas contraire, lorsque l'opération a nécessité de grands délabrements locaux, nous introduisons une compresse spéciale qui sert de drain et que nous laissons dans l'abdomen. La plus grande compresse que nous ayons introduite a été de 70 centimètres de longueur sur 30 de largeur. Cette compresse, nous l'extrayons généralement au bout de quarante-huit heures. Mais il m'est arrivé de la laisser dans l'abdomen durant huit jours consécutifs, sans que la malade ait eu la moindre fièvre ou quelques autres inconvénients.

« L'opération terminée, nous faisons à chacune de nos malades une ou deux injections d'ergotine d'une solution de 1/10 avec la seringue de Pravaz. Nous employons cette méthode comme préventif contre le choc, comme tonique du cœur et comme hémostatique.

« Enfin, la malade est transportée dans son lit avec un bandage ouaté qui exerce une certaine compression. Nous mettons sous les cuisses de la malade un traversin et nous faisons élever le lit en plan incliné.

« Une question m'a préoccupé dans ce lavage au sublimé : on aurait pu croire que le sublimé bouilli pendant si longtemps laisserait volatiliser le mercure, de telle sorte qu'il ne resterait de la solution que tout au plus de l'eau stérilisée.

« L'expérience que j'ai faite, non seulement a réduit à néant cette opinion, mais elle m'a donné l'occasion de constater tout le contraire. En effet, ayant mis dans une éprouvette du sublimé 1 0/00 bouilli, il m'a suffi de verser deux gouttes d'une solution titrée d'iodure de potassium pour obtenir un précipité très vif, d'un rouge brique. Il m'a fallu au contraire

verser 5 gouttes de la même solution pour une égale quantité de sublimé froid, pour obtenir le précipité analogue, mais d'une couleur moins prononcée.

« Il est donc évident que ces lavages sont faits avec du sublimé à 1 0/00. Et la preuve en est acquise, non seulement par l'analyse chimique, mais encore par des phénomènes d'intoxication observés chez quelques-unes de nos malades. Ce dernier fait répondrait d'avance à ceux qui voudraient objecter que notre préparation de sublimé se combine avec les produits morbides formant des albuminates insolubles, et qu'en définitive les lavages sont faits avec de l'eau stérilisée par mélange préalable au sublimé et ensuite par ébullition prolongée. Je conclus donc que dans les opérations portant sur des organes génitaux internes de la femme et plus particulièrement dans les cas d'ablation des annexes malades, suppurées ou adhérentes, les grands lavages du péritoine au sublimé peuvent se faire sans inconvénient.

« Je connais les discussions qui ont eu lieu devant les sociétés savantes relativement au lavage péritonéal en général et à l'introduction du sublimé dans le péritoine en particulier.

« Je sais que la majorité des chirurgiens est peu favorable à cette pratique, soit que l'on craigne le dépouillement épithélial du péritoine et les modifications que cette lésion entraînerait dans son pouvoir absorbant, soit que l'on redoute des phénomènes d'intoxication. Ces craintes sont purement théoriques. Et ma statistique est là pour démontrer que, sur 111 cas traités de la sorte, aucun n'a succombé par le fait du traitement employé. »

M. le Dr J. Caballero (de Buenos Ayres). — *L'angiotripsie dans les opérations abdominales.*

Voici les conclusions de cette communication :

1° L'angiotribe de Tuffier, avec la rondelle à frottement minime de l'auteur, est un instrument d'une manœuvre très facile;

2° Il produit l'hémostase parfaite dans les opérations abdominales;

3° On ne doit pas redouter l'hémorragie secondaire, car lorsque le résultat n'est pas satisfaisant, l'hémorragie se produit immédiatement;

4° L'angiotripsie doit être préférée à toutes les autres méthodes d'hémostase.

M. le Dr A. Suarez de Mendoza (de Madrid). — *Du traitement des inflammations utéro-annexielles par l'eau à 60 degrés centigrades.*

« Depuis deux ans, j'ai soumis au traitement par les injections vaginales d'eau à 60°, tant à ma clinique que dans ma clientèle particulière, 242 femmes dont 105 présentaient des lésions annexielles plus ou moins graves, d'origine blennorragique. Chez 52, l'infection a eu lieu pendant la période puerpérale; pour les 84 autres, le diagnostic étiologique n'a pu être rigoureusement établi.

« D'une façon générale, les résultats sont bien plus rapides lorsqu'on s'adresse à des infections gonococciques; mais, dans la très grande majo-

rité des cas, et quelle que soit l'origine de l'infection, au 15e ou 20e lavage, quelquefois même avant, l'amélioration commence à se manifester et fait de rapides progrès. Dans les cas qui ne sont pas d'une extrême gravité, les résultats paraissent complètement établis.

« La technique de ces injections est fort simple. Elles se pratiquent au moyen d'une canule spéciale empêchant la transmission de la chaleur de l'eau à la peau, celle-ci n'étant jamais touchée par le liquide employé; or, comme la muqueuse vaginale est très peu sensible à la chaleur, la température indiquée ci-dessus est parfaitement supportée par les femmes.

« L'injection dure dix minutes et se donne ainsi :

« La malade en position obstétricale et le réservoir d'eau chaude placé à une hauteur de 60 centimètres par rapport à elle, on introduit la canule, enduite de vaseline, jusque dans le cul-de-sac postérieur et on ouvre la clef d'arrivée. Dans la majorité des cas, au bout de cinq ou six secondes, l'eau sort en jet régulier par l'orifice préposé à cet effet sur le cylindre isolateur; mais quelquefois rien ne vient, l'orifice d'arrivée est bouché par un repli de la muqueuse; il suffit d'imprimer quelques petits mouvements de rotation à l'instrument pour qu'il fonctionne avec régularité. Il faut appuyer la canule sur la fourchette, autrement un peu d'eau sortirait en dessous et la malade, ressentant une forte sensation de brûlure, ne supporterait pas le lavage. Lorsque la fourchette est intacte et l'appareil constricteur de la vulve en bon état, rien n'est plus facile que cette petite manœuvre.

« Quand la fourchette est déchirée, il faut, avec le pouce et l'index gauches, serrer les bords de la déchirure pour empêcher l'eau de s'échapper entre la canule et la paroi inférieure du vagin. »

SIXIÈME JOURNÉE : 9 AOUT 1900. *Séance du matin.*

Présidence de M. le Professeur TERRIER, assisté de MM. CALDERINI (de Bologne) et SNEGUIREFF (de Moscou).

Présentation d'instruments.

M. le Dr STAPLER (de Vienne). — *Nouvelle table d'opérations.*

La division continue de la chirurgie en spécialités a entraîné à la construction d'un grand nombre de tables d'opérations. Presque chaque opérateur a inventé une table à lui, qu'il répute comme étant la meilleure.

La table pour la gynécologie ne sert pas pour la chirurgie générale et les tables pour les examens gynécologiques ne servent pas en général pour les opérations. La table présentée par M. Stapler ne sert pas seulement pour la chirurgie générale, la gynécologie opératoire, l'examen et massage gynécologique, mais aussi pour de nombreux changements de position, suivant le besoin, les cas et la lumière, sans toucher au malade, puisque le plateau sur lequel le malade repose est tournant dans le sens horizontal à 360°. Hors de cette rotation on peut l'incliner, sans toucher au malade, soit pour la position chirurgicale, soit pour la position de Trendelenburg,

à gauche ou à droite, pour laisser écouler des liquides de la cavité abdominale ou pour donner du jour dans la profondeur du bassin.

Elle permet avec autant de facilité de placer rapidement le malade la tête en bas, en cas d'asphyxie, pour faire la respiration artificielle, comme aussi pour placer rapidement une malade, à laquelle on a commencé de faire une hystérectomie vaginale, dans la position de Trendelenburg, si on est obligé de finir cette opération par la laparotomie, toujours sans toucher au champ opératoire.

Un support tournant dans tous les sens sert à la collocation du bras en cas d'opérations délicates, par exemple, suture de tendons, nerfs, vaisseaux, etc. Deux supports pour les jambes transforment cette table opératoire en une table bonne pour l'examen gynécologique dans les consultations.

Le changement de ses diverses positions, au nombre de douze, se fait sans effort, par un mécanisme très simple, mais difficile à décrire. La table est toute en fer, peinte en blanc et les plateaux en papier mâché.

Cette table brevetée a obtenu une médaille d'or, il y a trois ans, à l'Exposition des nouvelles inventions de Vienne.

M. le Dr Hartmann (de Paris). — *Porte-caustique intra-utérin.*

Ce porte-caustique, présenté par l'auteur, se compose de deux parties :

1° D'une tige rigide ; 2° D'une portion terminale plus petite. La tige rigide correspond au vagin ou à la longueur du spéculum, et la portion terminale, qui est souple et malléable, pourra se mouler sur n'importe quelle cavité utérine. L'appareil est en métal, et pourra être facilement stérilisé, rougi, puis entouré du caustique.

M. le Dr Dardel (de Paris). — *Pince porte-laminaire et porte-crayons intra-utérins.*

Cette pince diffère de la pince à pansements ordinaire par son extrémité, qui est recourbée à angle droit.

Elle présente, par suite de cette disposition, plusieurs avantages sur la pince droite dans la pose des laminaires ou des crayons intra-utérins.

1° Elle laisse mieux apercevoir l'orifice utérin, au fond du spéculum ; elle est déjetée sur les côtés du spéculum et n'en occupe pas l'axe, comme la pince droite, dont on aperçoit mal l'extrémité antérieure, utile.

2° Elle facilite l'introduction des laminaires, surtout des crayons, en permettant de les saisir perpendiculairement à leur axe et à la hauteur voulue, pour les faire progresser peu à peu, par prises successives.

Lorsque l'introduction est laborieuse et difficile, et lorsqu'il est nécessaire d'avoir recours à une deuxième pince, ainsi que le recommande M. Auvard, le jeu de ces deux pinces droites est très peu commode dans le spéculum, tandis que rien n'est plus aisé, avec une pince à bec recourbé, que de s'aider d'une seconde pince droite.

3° Le principal avantage du bec recourbé est de permettre de maintenir exactement la laminaire dans le col de l'utérus pendant qu'on applique un tampon fixateur sur l'orifice utérin et sur la laminaire. Avec les pinces

droites, il est impossible d'y arriver. Si on maintient la laminaire avec la pince droite pendant qu'on introduit le premier tampon fixateur, ce tampon glisse le long de la pince et ne peut arriver sur la laminaire. Il glisse dans un des culs-de-sac, laissant à découvert l'orifice utérin et la laminaire, qui aura tout le temps d'être chassée de l'utérus par une contraction intempestive, lorsqu'on retirera cette pince pour faire place au tampon. Le tampon buttera obliquement contre cette tige, et ne pourra la remettre en place. Cette pince qui fixe la laminaire ne donne donc aucune sécurité.

Très souvent on abandonne la pince qui a introduit la laminaire pour placer le premier tampon, et la laminaire est chassée à l'insu de l'opérateur, alors que le spéculum est bouché par le tampon. Avec la pince nouvelle, il est très facile de placer devant la laminaire que fixe la pince, et bien perpendiculairement à elle, un tampon fixateur. Pour dégager la première pince, il suffit de l'ouvrir et de lui faire contourner le tampon en le faisant glisser le long de la paroi des culs-de-sac.

M. le Prof. T. JONNESCO (de Bucarest). — *Nouvel écarteur abdominal applicable à toutes les laparotomies.*

L'auteur présente un appareil qui se compose des pièces suivantes :

Un support.

Un plateau démontable.

Deux porte-valves.

Deux valves à manche plat perforé de trous serrés, destinés à fixer la valve à un bouton d'arrêt fixé au porte-valve.

Pour appliquer l'appareil, on glisse le support sous le ou la malade; les deux porte-valves sont placés de chaque côté; les valves sont fixées de manière à assurer l'écartement nécessaire.

Cet appareil a pour avantages de permettre un écartement constant, fixe et aussi prononcé qu'on le désire, et de supprimer les aides.

M. le Dr KOWLER. — *Curette utérine.*

L'auteur présente une curette qu'il appelle *dentelée* et qui diffère de la curette ordinaire, mousse ou tranchante, par le fait que le bord lisse est remplacé par un bord *à dents*. Cette curette modifiée, dont la cuiller est fenêtrée et dont les parois inclinées obliquement en dehors sont munies sur le bord inférieur — actif — de petites dents de quelques millimètres de hauteur, non espacées entre elles, serait utile pour faire le râclage utérin dans les cas de métrite due à la rétention des membranes ou cotylédons placentaires adhérents à la paroi utérine, pour enlever les fongosités, les produits polypiformes ou néoplasiques. Elle aurait l'avantage d'accrocher par ses dents, de se fixer sur les produits pathologiques, qu'elle enlèverait, qu'elle détacherait en bloc, sans morceler, sans couper et sans qu'on déploie pour cela de la force.

A la suite de ces présentations, M. le Prof. TERRIER, Président, prononce la clôture de la Section.

Il montre l'importance des sujets qui ont été traités; bien que certaines

questions, comme celles des fibromes et des métrites n'aient pas été tout à fait résolues, elles ont été mises au point scientifique actuel : il y aura encore beaucoup à y revoir. Mais les discussions ont été intéressantes, elles donneront de précieuses indications pour les travailleurs de l'avenir. L'orateur remercie les Présidents honoraires du Congrès d'avoir facilité sa tâche de Président. Il remercie les Congressistes étrangers et nationaux du brillant concours qu'ils ont apporté à l'œuvre accomplie : « Tous unis dans un même but, tâcher de faire avancer la Science et en retirer les plus grands avantages au point de vue de l'Humanité tout entière ! »

Cette allocution a été soulignée par des applaudissements unanimes.

M. le Dr SNEGUIREFF (de Moscou), au nom de ses confrères russes, exprime sa reconnaissance à M. le Président de la Section de Gynécologie et au Comité des hautes marques de sympathie dont ils ont fait preuve à leur égard : « Nous avons beaucoup entendu, beaucoup vu, et nous sommes beaucoup instruits. Cette richesse d'impression et de connaissances, nous l'emportons avec nous afin de pouvoir profiter ultérieurement et d'appliquer les résultats féconds que notre séjour nous a permis d'emporter. »

M. le Dr CALDERINI (de Bologne), en son nom et au nom de M. Morisani, remercie les deux éminents Présidents des Sections d'Obstétrique et de Gynécologie de l'accueil si bienveillant qu'ils ont reçu ainsi que leurs compatriotes, de leur part ainsi que de la part des deux Comités.

M. le Prof. MARTIN (de Greifswald), en son nom et au nom de ses confrères, adresse à son tour des remerciements aux confrères de Paris pour le bel accueil qu'ils ont reçu : « Nous avons eu, dit l'orateur, un Congrès des plus instructifs et des plus sympathiques. Nous y avons recueilli des éléments qui seront pour nous de nouveaux moyens d'investigation.

« Nous avons eu notamment de nouvelles vues sur l'origine du cancer. Enfin le Congrès nous a permis de resserrer les liens de confraternité avec tous nos confrères. » L'orateur termine en remerciant une fois de plus M. le Professeur Terrier et les confrères parisiens de la cordiale hospitalité dont ils ont fait preuve à leur égard.

Des applaudissements unanimes ont accueilli également ces deux allocutions.

[A. P. S.]

XII° CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris, 2-9 Août 1900.

SECTION DE CHIRURGIE

PRÉSIDENT : M. LE PROFESSEUR TILLAUX (Paris).

SÉANCE DU VENDREDI MATIN 3 AOÛT 1900.

Présidence de M. le Prof. TILLAUX.

M. le Professeur TILLAUX (Paris), président, souhaite la bienvenue aux Congressistes.

M. le Professeur ANDREA CECCHERELLI (de Parme). — *Nouvelles applications des eaux salées-iodiques de Salsomaggiore dans les lésions tuberculeuses chirurgicales.*

En ce qui concerne les indications de ces eaux, dans la tuberculose des ganglions, le chirurgien doit opérer tous les malades chez lesquels le ganglion tuberculeux a un volume considérable, quand il est suppuré, ou quand il est caséifié; mais on doit conseiller le traitement salé-iodique pour modifier les conditions générales du patient et modifier le terrain.

Dans les autres cas, on conseillera le traitement salé-iodique et les injections d'eau de Salsomaggiore dépurée, stérilisée et titrée, dans le parenchyme du ganglion, mais jamais l'injection péri-glandulaire; en même temps on prescrira les bains salés-iodiques répétés pendant deux ou trois années, pour mieux s'assurer que la guérison est définitive et durable. Dans les abcès tuberculeux, dans lesquels c'est une loi de vider la poche purulente et d'injecter dans la cavité de l'abcès une solution capable de modifier la poche elle-même et le foyer duquel dérive la suppuration, l'auteur a voulu faire le lavage de la poche avec l'Eau de Salsomaggiore, épurée et stérilisée, à laquelle il a ajouté, pour la couper, de l'eau distillée, stérilisée, dans la proportion de deux tiers d'eau distillée et un tiers d'eau de Salsomaggiore. A propos de nouvelles applications de l'eau dans les lésions tuberculeuses chirurgicales, M. Ceccherelli conclut ainsi : 1° C'est une loi pour le chirurgien d'éliminer le foyer tuberculeux ou d'y apporter des modifications qui peuvent déterminer la guérison; mais il doit en même temps en modifier le terrain sur lequel la tuberculose a pris racine. 2° Pour apporter

ces modifications dans le foyer tuberculeux, quand l'élimination n'est pas nécessaire, les injections dans le foyer même ou dans un point éloigné, avec de l'eau salée-iodique de Salsomaggiore dépurée, stérilisée, titrée, sont très utiles. 3° Les injections et même le lavage avec l'eau de Salsomaggiore délayée avec l'eau stérilisée, sont très utiles même dans les abcès tuberculeux, après en avoir fait l'évidement. 4° Les injections hypodermiques avec l'eau salée-iodique de Salsomaggiore, dépurée, stérilisée, titrée, sont un puissant moyen, très efficace pour modifier le terrain. Le meilleur type est celui de Salsomaggiore, pour la quantité considérable de sodium, d'iode, de brome, de strontium et de lithium contenue dans ces eaux.

M. le Dr Biondi (de Siena, Italie). — *Le Sclavo au lait-iodé, chez les malades atteints de lésions tuberculeuses chirurgicales.*

M. le Dr J.-L. Faure (de Paris). — *Sur le traitement chirurgical du cancer.*

« Malgré la gravité et les résultats désolants que donnent souvent les interventions dirigées contre lui, les cas de cancer guéris par l'opération sont très nombreux et tous les chirurgiens en possèdent.

« Tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen, que j'appelle de tous mes vœux, de guérir le cancer autrement que par le couteau, nous n'aurons pas le droit de ne pas faire profiter les cancéreux de la seule chance de salut qui leur reste. Aucune opération n'est trop grave quand il s'agit de sauver un mourant, et lorsque je me trouve en présence d'un cancer, la question que je me pose n'est pas celle de savoir si mon intervention peut tuer un malade déjà condamné, mais bien celle de savoir si elle peut le guérir. Toute la question est là, et nous n'avons pas plus le droit de laisser mourir un cancéreux sous prétexte qu'il pourra succomber à notre intervention, que nous n'avons le droit de laisser mourir une malade atteinte de péritonite sans essayer de la sauver, même au prix d'une intervention qui peut la laisser morte sur la table d'opération.

« Le cancer est une maladie locale et qui peut guérir par une opération locale. Mais pour le guérir il faut en dépasser les limites. Toute opération incomplète est fatalement suivie de la récidive du mal, ou plutôt de sa continuation, car le cancer ne récidive pas, il continue. Il faut donc faire des opérations extrêmement larges, et, au moment d'enlever le mal, il ne faut pas se préoccuper de la façon dont on réparera la brèche. On la réparera ensuite comme on pourra, si elle ne se répare pas toute seule.

« C'est en m'inspirant de ces principes que j'ai opéré depuis cinq ans un bon nombre de cancers, et de toutes les régions : face et cavités faciales, langue et maxillaires, pharynx et larynx, corps thyroïde et ganglions du cou, résidus branchiaux, estomac et intestin, testicules et ovaires, sein, utérus et rectum, omoplate, fémur et os iliaque, car j'entends compter ici toutes les tumeurs malignes, épithéliomas ou sarcomes, les mêmes règles devant s'appliquer, à mon sens, à ces deux affections qui, quelle que soit leur nature, ont le caractère commun de ne jamais guérir spontanément et de se terminer invariablement par la mort.

« Les malades dont je parle ont été opérés jusqu'à l'année dernière à la même époque. Car je ne veux donner que des résultats datant d'un an au moins.

« J'ai opéré dans ces conditions 93 malades présentant des cancers de tout siège et de toute gravité.

« 18 sont guéris depuis un temps qui varie de douze à quarante-sept mois. Sur ces 18, 2 atteints d'épithéliomas fort graves du maxillaire supérieur et du plancher de la bouche sont morts au bout de vingt-cinq et quarante mois d'une maladie intercurrente, sans récidive.

« Cela fait 19,35 p. 100, soit en chiffres ronds 20 p. 100 de guérisons.

« Je sais bien que le délai n'est pas encore assez long pour parler de guérison définitive, bien que je n'aie jamais vu, au moins pour les cancers externes, la récidive survenir après un an de guérison apparente. Mais 14 de mes malades, soit 15,05 p. 100, sortis guéris de l'hôpital, ont disparu sans que j'aie pu en avoir des nouvelles, et il est à présumer, que parmi eux, quelques-uns sont également guéris et rétablissent la proportion.

« Ce chiffre global de 20 p. 100 de guérisons qui porte sur des cas favorables, des cas moyens et des cas très mauvais, me paraît véritablement consolant. En admettant même que les événements viennent quelque peu le réduire, il n'en reste pas moins assez sérieux pour qu'il soit défendu de désespérer de guérir le cancer et pour que nous ayons le droit, je dirai même le devoir, quand nous nous trouvons devant lui, de tout entreprendre et de tout oser. »

M. le Dr Braquehaye (de Tunis). — *De la nirvanine en chirurgie.*

Aucun anesthésique local n'est encore parvenu à détrôner la cocaïne. Néanmoins il en est un, découvert récemment, qui mérite d'attirer l'attention : la *nirvanine*, dérivé de l'orthoforme. Elle est soluble dans l'eau, a le quadruple avantage d'être anesthésique, antiseptique, stérilisable et peu toxique. M. Braquehaye l'utilise en solution à 3 p. 100, soit en applications locales (badigeonnages), soit sous forme d'injections hypo ou intradermiques. Il a pu employer des doses de 50 centigrammes et même un gramme sans inconvénient pour les malades. Il a pratiqué jusqu'à ce jour, à l'aide de cet anesthésique, plus de 100 opérations des plus variées; ouvertures d'abcès, petites amputations, circoncisions, cures radicales d'hydrocèles, colpopérinéorraphies, etc. Il a eu recours le plus souvent aux injections hypodermiques qui donnent rapidement, en cinq à dix minutes, une anesthésie se prolongeant pendant plus d'une demi-heure. L'anesthésie ne se produit pas ou est insuffisante lorsqu'on injecte la nirvanine dans les tissus enflammés ou cicatriciels.

M. le Professeur Severeanu (de Bucarest). — *De l'anesthésie par les injections de chlorhydrate de cocaïne dans le canal vertébral.*

L'anesthésie médullaire cocaïnique semble être une excellente méthode d'anesthésie, mais c'est une méthode qui mérite encore d'être étudiée et utilisée avec prudence, car on a observé déjà quelques accidents sérieux à

la suite de son emploi. M. Severeanu y a eu recours 70 fois pour des opérations de tout genre. La dose injectée a été de 1 à 4 centigrammes. Outre le grave inconvénient qu'offre cette méthode, de permettre au malade d'assister à son opération, ce qui impressionne fortement son moral, M. Severeanu a pu constater que ces injections étaient fréquemment suivies d'accidents plus sérieux : abattement, affaiblissement très accentués, pâleur, précipitation du pouls, raideur de la nuque, céphalée et vomissements durant pendant deux ou trois jours. Ces troubles sont assez difficiles à combattre. M. Severeanu leur oppose la caféine et même les injections de sérum artificiel. Il faut dire cependant que, la plupart du temps, les accidents sont légers et ne durent que vingt-quatre heures.

M. le Dr Tuffier (de Paris). — *De l'anesthésie médullaire par injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.*

L'auteur ne veut pas faire ici l'historique de ce procédé dont Bier (de Kiel) a été le promoteur. Il ne s'attarde pas davantage à décrire la technique opératoire des injections; cette technique est aujourd'hui bien connue et il croit l'avoir définitivement établie. Ce dont il voudrait parler, c'est des *accidents* qu'on a reprochés à ce mode d'anesthésie. Il les étudiera successivement *pendant* et *après* l'anesthésie.

Pendant l'anesthésie, qui a débuté par des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement dans les pieds et dans les jambes, les malades accusent, en général, une sensation de pesanteur épigastrique, un peu d'anxiété, des nausées; parfois même, mais rarement, ils sont pris de vomissements; en même temps que les nausées on note de la pâleur de la face, des bouffées de chaleur, des sueurs profuses, de l'accélération du pouls. Les vomissements sont plus fréquents, mais cependant assez rares *dans les heures qui suivent l'anesthésie.* Ils peuvent se répéter trois ou quatre fois, mais cèdent, en général, rapidement. La céphalalgie est un accident plus constant que les vomissements (95 p. 100 des cas); le plus souvent elle est légère — simple lourdeur de tête — et disparait dès la journée qui suit l'opération; mais elle peut être assez vive, provoquer une nuit d'insomnie et ne céder complètement qu'au bout de quarante-huit heures. L'auteur a observé également assez souvent une élévation vespérale de la température, le jour même de l'intervention; cette température atteint 38°, 38°,5, 39°. M. Tuffier se hâte d'ailleurs de dire que jamais ces divers accidents, sur les 126 malades qu'il a opérés jusqu'à ce jour, n'ont présenté le moindre caractère de gravité et qu'ils disparurent très rapidement, ne se prolongeant pas au delà du jour qui suivit l'opération. En résumé, nous possédons dans les injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne un précieux moyen d'anesthésie qui trouvera sa place à côté de l'anesthésie cérébro-spinale par le chloroforme et par l'éther. Le champ des expériences reste ouvert.

M. le Dr Trunecek (de Prague). — *Traitement des tumeurs malignes par les composés d'arsenic.*

Le traitement radical du cancer épithélial par l'acide arsénieux, que

l'auteur a publié avec son collaborateur, consiste en des badigeonnages quotidiens de la surface cruentée du néoplasme avec un mélange d'acide arsénieux (1 gr.) dans l'alcool et l'eau (āā, 75-40 gr.). Il en résulte une transformation successive du tissu cancéreux en eschares qui se détachent et laissent finalement une plaie granuleuse ordinaire, laquelle guérit après un traitement antiseptique quelconque.

L'auteur a utilisé cette méthode, connue sous le nom de Cerny-Trunecek, pour le traitement des sarcomes superficiels et ulcérés. L'application est la même, et si la tumeur n'est pas trop grande et le patient débilité, on peut obtenir de cette manière une guérison complète, comme il l'a obtenue dans un cas de sarcome de la peau chez une femme âgée de vingt-quatre ans, dont la guérison se maintint dix-huit mois.

Sur les sarcomes on peut beaucoup mieux étudier les diverses phases de ce traitement, leur tissu étant homogène. La partie badigeonnée devient d'abord anémique, le tissu est encore de forme et consistance normales, mais ne contient plus de sang, de manière que même des blessures profondes ne laissent écouler qu'un liquide séreux. Plus tard, il survient une coloration foncée de toute la surface, et peu à peu la tumeur se transforme en une masse parcheminée, si dure qu'elle se laisse couper à peine. Par le badigeonnage seul de la surface toute la tumeur, même dans la profondeur de quelques centimètres, est nécrosée; mais si l'on veut accélérer un peu le traitement, on enlève avec le ciseau les parties superficielles nécrosées. Quand tout le tissu néoplasique est mortifié, il survient une inflammation éliminatrice à la suite de laquelle le néoplasme est éliminé comme un corps étranger.

De cette manière on peut enlever même des tumeurs vasculaires, saignant spontanément, sans aucune hémorragie.

Au lieu d'acide arsénieux on peut se servir aussi de ses composés, surtout d'arséniate de sodium et de potassium; mais il faut dire que tous les deux pouvant être très vite résorbés, constituent des moyens beaucoup plus dangereux.

M. le Dr Maréchal (de Châtillon-sur-Seine). — *La culture pure et l'inoculation du bacille Ducrey.* — L'auteur a pu obtenir une culture absolument pure de ce bacille, qui est celui du *chancre mou.* Il a pu aussi l'inoculer au cobaye.

M. le Dr Nicolletti (de Naples). — *Recherches expérimentales et histo-pathologiques sur l'anesthésie médullaire au moyen d'injections de chlorhydrate de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.*

L'auteur s'était proposé de résoudre deux questions : 1° vérifier si l'action temporaire de la cocaïne au contact des éléments nerveux ne s'accompagne pas d'altérations histologiques de ces éléments; 2° quelle est l'action de la cocaïne et jusqu'où elle s'étend. Toutes les expériences ont porté sur des animaux.

De nombreuses préparations de moelle, M. Nicoletti conclut d'abord que

la cocaïne ne produit aucune altération anatomique des éléments nerveux avec lesquels on la met en contact. Quant à l'action de la cocaïne, l'auteur pense qu'elle est de nature vaso-motrice. La cocaïne a d'abord une action vaso-constrictrice à laquelle succède bientôt de la vaso-dilatation. Pendant cette anémie et cette hyperémie successives de la moelle, les éléments nerveux sont soumis à une mauvaise nutrition, d'où altération dans leur fonction et, entre autres, anesthésie. M. Nicoletti en déduit que toutes les substances vaso-constrictrices doivent agir de la même façon que la cocaïne; et, de fait, il a obtenu avec l'ergotine, la quinine, l'antipyrine, en injections sous-arachnoïdiennes, les mêmes effets qu'avec la cocaïne. Quant à l'étendue de l'action de la cocaïne, elle varie avec la dose et avec le point où se fait l'injection. Les injections au niveau de la moelle dorsale produisent une anesthésie de tout le segment dorsal correspondant; les injections dans le canal cervical occasionnent la mort de l'animal.

M. Nicoletti a pratiqué 7 injections lombaires chez l'homme : il n'a jamais observé que des accidents légers (céphalée, vomissements).

M. le Dr Racoviceanu (de Pitesci-Bucarest). — *Anesthésie par injection de cocaïne dans le canal médullaire.*

M. Racoviceanu a pratiqué 125 injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire chez l'homme. C'est, à la vérité, un procédé excellent d'anesthésie, mais qui a des inconvénients graves et qui ne réussit d'ailleurs pas dans tous les cas; dans 4 cas, l'anesthésie n'a pu être obtenue; dans 2 cas elle a été très fugace. Quant aux accidents, observés chez 83 malades, ce sont manifestement des accidents d'intoxication : nausées, vomissements, vertiges, céphalée, raideur de la nuque, ralentissement du pouls. Ces accidents, qui débutent pendant l'anesthésie et continuent après, sont le plus souvent légers et passagers. Mais parfois l'état général du malade est gravement atteint, il y a un affaissement considérable avec tendance à la syncope, et tous ces symptômes peuvent persister pendant plusieurs jours. Dans ces cas il faut recourir à la caféïne et à l'éther.

En somme, l'auteur ne croit pas que l'anesthésie médullaire par la cocaïne puisse jamais remplacer l'anesthésie cérébro-spinale par le chloroforme et par l'éther, car elle n'offre pas les avantages de cette dernière et, en revanche, elle offre beaucoup plus d'inconvénients.

M. le Dr Minervini (de Gênes). — *Recherches expérimentales et cliniques sur la rétractilité des cicatrices.*

Voici les conclusions des recherches de l'auteur : 1° La rétraction des cicatrices est proportionnée à la durée de la guérison, et beaucoup plus étendue chez les adultes que chez les individus jeunes. 2° Elle ne dépend ni des fibres élastiques, ni des fibres contractiles, mais simplement d'un rétrécissement du tissu pendant le processus naturel de la guérison. 3° La cicatrice, une fois formée, reste inaltérable. Donc on ne doit pas parler de cicatrices rétractées, mais de cicatrices rétrécies. Les cicatrices des brûlures ressemblent à d'autres cicatrices. Elles, non plus, ne possèdent

une plus grande rétractilité. 5° De même, les cicatrices des blessures, plaies infectées, ne sont pas autrement formées. 6° Pour obtenir des contractions de cicatrices aussi petites que possible, il est nécessaire de tenir disjoints, pendant la guérison, et autant que possible, les bords de la blessure (plaies), de façon à avoir des cicatrices aussi larges que possible.

M. le Dr Fenton-B. Turck (de Chicago). — *Soins à donner aux patients au cours des interventions chirurgicales, et moyens de les préserver du shock opératoire et de l'infection.*

M. Le Dr Turck a démontré par un certain nombre d'observations, environ 40, que dans beaucoup de cas obscurs de morts, suites d'opérations graves, la mort est due à l'infection s'accompagnant d'un certain degré de shock.

C'est un fait prouvé par l'expérience, que la peau de l'abdomen contient des germes pathogènes; ces germes peuvent devenir la cause de péritonite et par suite de mort, quand le sujet est devenu réceptif; lorsque les viscères ont été exposés à l'air et manipulés, même lorsqu'on a pris toutes les précautions antiseptiques d'usage.

Il a présenté ces observations, et ajouté :

« C'est un fait avéré en clinique, que le shock opératoire qui suit les interventions graves augmente et développe les chances d'infection. »

M. le Dr Turck propose une méthode qui permettra d'éviter l'infection. Elle consiste à recouvrir la peau de l'abdomen, de même que l'on recouvre les mains, d'un revêtement imperméable de caoutchouc. Celui-ci empêchera d'une façon absolue tout contact entre la peau et les viscères comme entre les mains de l'opérateur et ses instruments. Si on désire se garantir contre le contenu des viscères, ou du pus d'une fausse cavité, et les empêcher de pénétrer dans la cavité péritonéale, on se sert d'une sorte de bouclier fait de ce caoutchouc. Les viscères sur lesquels on opère sont amenés au dehors, à travers une petite ouverture faite à ce tablier de caoutchouc qui masque complètement l'incision abdominale, isole les viscères de la cavité abdominale, et empêche le contenu de ces viscères (quand ils viennent à être ouverts) de venir infecter le péritoine.

M. le Dr Turck rapporte un certain nombre d'expériences qu'il a faites sur des chiens, des cobayes, des cochons et des lapins. Il a laissé les viscères de ces animaux exposés à l'air, les a longuement manipulés jusqu'à ce qu'ils fussent congestionnés; il inoculait alors dans la cavité péritonéale des micro-organismes variés, pathogènes et non pathogènes, des cultures virulentes de staphylocoques pyogenes aureus, streptocoques pyogènes, colibacilles. Les cultures ont été obtenues avec des germes pris sur la peau de l'abdomen des patients. Quelques cultures employées dans ces expériences ont été obtenues avec des germes pris sur l'abdomen des patients après que ces patients avaient été préparés pour l'opération.

Lorsqu'un *shock* se produit dans l'organisme de l'animal sans traumatisme apparent, on lui fait une inoculation de micro-organismes, et on constate que la mort par infection survient. Les symptômes de cette mort sont semblables à ceux que causerait le *shock*.

M. le Dr Turck présente aussi une méthode permettant de garantir des shocks, et qui consiste à introduire dans la cavité péritonéale des sacs en caoutchouc contenant de l'eau chauffée à 48 degrés centigrades et à les y abandonner pendant une demi-heure jusqu'à une heure pour stimuler ainsi la vie organique par une chaleur artificielle. Ceci fait, les animaux ont été inoculés avec des micro-organismes différents. Le résultat fut que tous les animaux ainsi traités recouvrèrent la santé sans qu'aucun symptôme de *shock* ou d'infection se fût manifesté.

Dans les cas de shock profond, le Dr Turck a inventé un sac en caoutchouc avec un tube récurrent. Le sac est introduit dans l'estomac et l'on fait passer continuellement un filet d'eau chauffée à 50 et 52 degrés centigrades.

Dans toutes les expériences où cette méthode a été employée, les animaux ont immédiatement réagi. La même méthode a été appliquée avec succès dans nombre d'opérations sur le vivant.

M. le Prof. SEVEREANU (de Bucarest). — *De la suture cachée en zig-zag.*

On se sert, pour cette technique, d'une aiguille petite et courbée, enfilée de catgut dont la grosseur varie entre le n° 00 et le n° 2, suivant la profondeur de la plaie. Un peu au-dessus de l'extrémité supérieure de la plaie, en dirigeant très légèrement l'aiguille obliquement vers le bas et en dehors, on l'enfonce à 4 ou 9 millimètres du bord de la plaie, et on la sort dans le fond du sillon de dédoublement; pour la lèvre opposée de la plaie, on lui fait suivre un chemin similaire à celui qu'elle vient de parcourir, c'est-à-dire qu'on l'enfonce dans le sillon de dédoublement et on la fait ressortir à 4 ou 5 millimètres du bord; on tend le fil et on enfonce de nouveau l'aiguille dans l'orifice qu'elle vient de quitter en la dirigeant obliquement en bas, de manière qu'elle fasse un angle ouvert avec son premier trajet. Elle suit, comme pour le point initial, le même trajet, c'est-à-dire que, sortie dans le premier sillon de dédoublement, elle pénètre dans le second pour sortir finalement à 4 ou 5 millimètres en dehors et au-dessous de la première piqûre; on serre le fil et on enfonce l'aiguille comme précédemment dans l'orifice de sortie qu'elle vient de quitter, et, en la dirigeant obliquement vers le bas, on la fait sortir à 4 ou 6 millimètres au-dessous du point précédent, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la plaie entière soit suturée. Les résultats obtenus par ce procédé ont été des plus satisfaisants.

M. le Dr MICHAUX (de Paris). — *Un nouveau procédé d'hémostase.*

L'hémostase constitue incontestablement le temps le plus long, et, partant, celui qui expose le plus la plaie opératoire aux infections de toute sorte qui l'entourent. Supprimer les fils et obtenir d'un seul coup l'hémostase définitive, serait incontestablement réaliser un progrès immense. L'angiotripsie avait fait concevoir cette espérance, mais elle ne s'est pas réalisée. M. Michaux présente au Congrès, en son nom et au nom de M. Michel, un instrument qui, sans supprimer complètement l'hémostase temporaire obtenue par les pinces à forcipressure, permet néanmoins de réaliser rapi-

dement et sûrement l'hémostase définitive par une simple pression de main, à l'aide d'un procédé tout à fait analogue au brochage métallique. Les vaisseaux étant largement saisis, on les engage entre les deux cornes de la branche femelle de la pince spéciale, où se trouve disposé en U un fil d'argent de 0 mm. 7 de diamètre. La branche mâle, en se rabattant par la fermeture de la pince, replie les deux branches verticales de l'U et les ferme sur le vaisseau. La ligature métallique est ainsi réalisée d'un seul coup; elle donne une hémostase parfaite. Depuis leurs premières recherches, qui datent de 1898, les auteurs ont eu l'occasion, après l'avoir expérimentée sur des tissus de toute sorte et sur des animaux, de l'employer 12 fois dans des opérations chirurgicales sérieuses : 5 amputations, 2 castrations ovariennes, 5 opérations diverses. L'hémostase a été obtenue d'une façon extrêmement rapide, particulièrement dans 5 grandes amputations. M. Michaux ajoute que presque toutes ces ligatures sont demeurées en place et ont été fort bien tolérées, quoiqu'il s'agisse dans l'espèce — et il l'a fait volontairement — de cas septiques très graves, nécessitant la non-fermeture du moignon.

M. le Dr Paul MICHEL (de Paris). — *Procédé de suture par agrafage de la peau.*

Ce procédé, employé déjà depuis deux ans dans le service de M. Michaux, peut être comparé à l'agrafage des angles des boîtes de carton. Les agrafes sont de petites lames de nickel pur de deux millimètres et demi de large, dont les extrémités sont enroulées en boucle au-dessous du plan. La partie interne de ces boucles porte un petit picot. La longueur totale de l'agrafe est d'un centimètre. Soumise à une pression sur ses extrémités, l'agrafe se courbe toujours dans le même sens. L'agrafe ainsi pliée oppose au redressement une résistance de 500 à 750 grammes, ce qui est largement suffisant pour maintenir l'affrontement. Les agrafes sont enfilées par vingt-quatre dans une double broche en forme d'épingle à cheveux.

Pour leur application, l'auteur a imaginé deux instruments construits par la maison Collin; l'un est automatique, « revolver à agrafes », que nous ne décrirons pas; l'autre, plus simple, est une pince à griffes qui présente une légère modification consistant en une petite excavation en arrière des griffes, pour recevoir la boucle de l'agrafe. Les branches, plus robustes que d'ordinaire, arrivent en contact et peuvent servir à redresser et aplatir l'agrafe pour l'utiliser à nouveau. Voici le mode d'emploi de cette pince.

Un aide affronte la peau avec deux pinces à griffes. Le chirurgien, avec la pince spéciale, prend sur la broche qu'il tient de la main gauche la première agrafe, la dégage, et, la mettant à cheval sur la plaie, serre *modérément*; l'agrafe se plie brusquement en son milieu, les picots, qui pénètrent légèrement dans la peau, empêchent le glissement, l'affrontement définitif est assuré sans qu'il soit nécessaire de serrer davantage.

On poursuit ainsi en plaçant les agrafes à une distance d'un centimètre à un centimètre et demi. En trente secondes à une minute, on peut poser dix ou quinze agrafes. Les agrafes sont laissées de cinq à sept jours. Pour

les retirer, on les coupe avec des ciseaux ou bien encore on saisit les boucles avec des pinces à griffes et on tire à droite et à gauche.

Grâce à ce procédé de suture, la *durée totale des opérations est considérablement abrégée*. Cela a son importance surtout pour les laparotomies. Comme résultat, on a une *très belle cicatrice* comparable à la suture intradermique.

M. le Dr Louis BRAMSON (de Copenhague). — *Nouvel appareil pour la réunion des plaies.*

L'orateur donne un court aperçu des méthodes et du matériel employés depuis l'antiquité jusqu'à nos jours pour la réunion des plaies et il démontre comment ces méthodes et ce matériel ont à peu près suivi le même développement que le reste de la chirurgie, ainsi notamment la méthode de drainage de CHASSAIGNAC, les travaux de PASTEUR et l'antisepsie de LISTER. Il montre comment la théorie de l'infection a forcément amené le développement d'un matériel de suture offrant les plus grandes possibilités de stérilité et le moins de danger d'infection possible pouvant provenir de la main de l'opérateur ou de ses aides, matériel qui offre lui-même le plus mauvais terrain aux producteurs d'infection, c'est à l'avenir (comme l'ont déjà compris les Américains) que sont réservés les moyens de suture inorganiques des plaies.

Le conférencier recommande et fait, au moyen de planches, la démonstration d'un appareil par lui construit à cet effet et dont il énumère les principaux avantages. Cet appareil étant en métal, peut être rendu complètement aseptique en le désinfectant à l'aide d'une solution antiseptique ou aseptique quelconque. Il peut être appliqué plus rapidement qu'une suture ordinaire. Il s'enlève sans douleur et son application n'est pas très douloureuse. Il ne tranche pas la peau lorsqu'il se produit une expansion secondaire. Contrairement aux sutures qu'en ce cas il faut enlever, il suffit d'ouvrir l'appareil et de le refermer un peu moins serré. L'appareil peut servir à l'infini pourvu que l'on ait soin d'aiguiser de temps en temps les trocarts. Les cicatrices en résultant sont insignifiantes puisqu'on n'opère aucune strangulation du tissu et, le sang ayant libre accès à la plaie, la guérison s'effectue deux jours plus tôt. On peut à tout moment ouvrir l'appareil pour contrôler si la réunion de la plaie s'est consolidée. Si la réunion n'est pas faite on referme l'appareil. Les fils de suture, qui ordinairement passent par la plaie elle-même, peuvent transmettre une inflammation de la plaie dans les canaux de piqûre ou, vice versa, servir de conducteurs à une infection de ces canaux jusqu'à la plaie même et compromettre ainsi la réunion de la plaie. Les canules de l'appareil n'ont aucune relation avec la plaie elle-même. Le nombre des sutures nécessaires pour une plaie d'une certaine étendue est plus grand que celui des appareils. Dans le cas où la rétraction des lèvres de la plaie ou la rigidité du tissu empêchent les sutures ordinaires d'agglutiner les lèvres, on peut, à l'aide de l'appareil, obtenir en le resserrant peu à peu une agglutination en plusieurs séances. Les canules servent de drainage. La façon dont s'opère la désinfection des

appareils (enfermés tous ensemble dans leurs boites en métal) exclut la manipulation par les aides et, l'opérateur lui-même ne touche que le manche qui n'est jamais en contact avec la plaie et que l'on enlève après l'application. Tout danger d'infection par les mains est ainsi ramené à son minimum. Le malade ne sent pas l'appareil. Celui-ci ne produit aucune irritation. A l'hôpital militaire de Copenhague l'appareil est, dans un cas de suture secondaire de plaie torpide, resté intact pendant douze jours sans produire d'irritation. Au bout de ce temps la plaie était guérie. On n'a jamais observé d'inconvénients par l'emploi de ces appareils. Ils ne peuvent naturellement pas être employés pour les sutures perdues, pour de très petites plaies de la peau, mais on s'en est cependant servi avec succès sur des endroits où la peau est très mince, comme par exemple sur le dorsum pedis.

M. le Dr HAGOPOFF (de Constantinople). — *Nouveau mode de suture à étages sans fils perdus.*

Ce procédé consiste, en principe, à *suturer à fil continu pour les points correspondants des étages, étranglés à chaque étage par des anneaux de catgut.*

Pour pratiquer la suture du premier étage (étage profond), on fait, pour chaque point de suture, traverser, sur l'une des lèvres, les fils de soie ou d'argent obliquement, de façon à piquer l'aiguille à un centimètre et à la sortir très près du bord de la plaie; tandis que, sur la lèvre du côté opposé, on fait entrer l'aiguille très près du bord de la plaie et ressortir à distance du bord en un point symétrique.

On tire modérément, au fur et à mesure, sur les chefs de chaque fil, sur lesquels on applique une pince hémostatique au ras de la plaie; puis on passe sous les mors de chaque pince un fil de catgut n° 3 et on le noue à trois nœuds superposés et serrés soigneusement.

On procède de la même façon avec les points de suture des autres étages, de sorte que le fil de chaque point de suture sera employé pour les points correspondants des étages superposés.

Dans les expériences sur les animaux, la dissection a montré après un mois et demi une parfaite réunion et un affrontement exact des lèvres de la boutonnière abdominale en tous ses points.

SÉANCE DU VENDREDI SOIR 3 AOUT.

Présidence de M. le Prof. TILLAUX.

Question à l'ordre du jour : CHIRURGIE DU PANCRÉAS.

M. le Prof. Andrea CECCHERELLI (de Parme). — *La Chirurgie du Pancréas.*

Voici les conclusions qu'on peut déduire aujourd'hui de l'étude attentive de toutes les questions qui concernent la chirurgie du pancréas :

I. L'opération chirurgicale sur le pancréas est en relation directe avec toutes les questions qui regardent la fonction de cet organe.

II. Amaigrissement, présence de graisse dans les excréments, sucre dans

l'urine, teinte bronzée de la peau, ictère et douleurs sont les symptômes qui accompagnent la plupart des affections pancréatiques.

III. On rencontre des difficultés considérables dans l'extirpation complète, par suite des conditions anatomiques du pancréas, profondément placé, en rapport intime avec d'autres viscères, très riche en vaisseaux et en nerfs, et déchargeant un suc important pour la digestion.

IV. La chirurgie du pancréas n'a pas avancé jusqu'ici comme il était permis de l'espérer par les progrès réalisés par la chirurgie viscérale, parce que fort souvent le diagnostic même est difficile, et à cause de cela, rarement on peut attaquer le processus morbide à son début; quoi qu'il en soit, tout prouve pour le moment que la chirurgie est autorisée à intervenir sur l'extrémité du pancréas plutôt que sur la tête.

V. Il est expérimentalement prouvé que l'extirpation du pancréas est possible et compatible avec la vie de l'animal. Il n'est pas également prouvé que ce soit la même chose dans le champ de la clinique, malgré le peu de cas positifs; d'autant plus que les processus morbides qui la réclameraient la plupart du temps ne sont pas limités au pancréas seulement. En effet, il s'agirait de tumeurs malignes, et ensuite infiltrées dans les parties voisines, ou bien d'adénomes difficilement diagnosticables.

L'extirpation n'est pas rationnelle s'il s'agit de processus tuberculeux ou syphilitiques. L'extirpation partielle doit être exécutée de manière à laisser un des deux canaux, à condition que le canal de Santorini ne finisse pas à fond perdu.

VI. Les tumeurs qui le plus souvent se produisent dans le pancréas sont les kystes, qui peuvent être à contenu *hématique*, consécutifs aux traumatismes ou à l'apoplexie, ou bien des kystes *par rétention* ou *hydatiques*.

Dans ceux-ci l'intervention est justifiée et utile, mais l'extirpation de l'organe n'est pas nécessaire, l'extirpation du sac kystique suffisant, si elle est possible, ou son incision.

Pour l'extirpation du sac se pose la question de l'ouverture du canal de Wirsung, et du déversement probable du suc pancréatique dans la cavité abdominale. Dans l'incision du sac il est prudent, si possible, de suturer les parois du kyste aux parois abdominales; et, dans le cas contraire, les suturer avec soin pour être sûr que la cavité du kyste reste complètement fermée.

VII. Dans le cas de calculs pancréatiques, le chirurgien intervient utilement par l'extraction du calcul ou des calculs.

VIII. Une affection a été récemment étudiée avec soin : c'est la nécrose du pancréas, qui peut autoriser l'intervention pour éliminer les fragments du pancréas nécrosé.

IX. Dans les *pancréatites* suppurées ou gangréneuses, la règle est de s'abstenir dans la période aiguë; mais ensuite, si l'on a un abcès ou le pancréas gangrené, il est utile d'intervenir de nécessité, et l'on peut choisir trois voies : ou lombaire extra-péritonéale, ou transpleurale, ou médiane sus-ombilicale. On doit éviter la suppuration, mais quelquefois il est nécessaire d'éliminer une portion de pancréas infiltré ou nécrosé.

X. Les pancréatites chroniques peuvent engendrer des complications par compression sur le cholédoque ou sur le pylore; mais, dans ce cas, l'intervention du chirurgien peut être utile, non sur le pancréas, mais sur le foie ou sur le ventricule pour empêcher les effets des fonctions lésées par la compression.

XI. Dans la hernie du pancréas à la suite de blessures, la réduction, et même la fixation peuvent convenir; la voie thoracique est préférable si la hernie est diaphragmatique.

XII. Dans les contusions et dans les blessures du pancréas, l'intervention du chirurgien peut être nécessaire, surtout si l'hémorragie survient.

Dans ce cas, on doit l'arrêter ou par la suture, ou en liant les vaisseaux qui saignent. Le chirurgien doit aussi enlever les caillots qui se trouvent dans la cavité abdominale.

XIII. On peut observer des cas de pancréas mobile. La pathologie expérimentale autorise sa fixation.

XIV. Dans l'invagination du pancréas, je crois que le chirurgien peut et doit intervenir si des complications surviennent, et si l'élimination ne se fait pas régulièrement.

XV. Si, à la suite d'un processus quelconque l'ouverture du canal entre le pancréas et le duodénum s'est bouchée, on peut créer une nouvelle voie au suc pancréatique, ou bien si cela n'est pas possible, créer une fistule pancréatique.

XVI. Des hémorragies pancréatiques peuvent se faire même sans blessures, mais dépendant des affections du pancréas et le plus souvent de la gangrène. Dans ces cas, le chirurgien doit intervenir comme s'il s'agissait d'hémorragies traumatiques.

XVII. Dans le pancréas annulaire, le chirurgien s'est abstenu jusqu'ici, mais il pourrait être nécessaire de couper l'anneau ou de faire une opération pour porter remède aux inconvénients déterminés par celui-ci sur l'estomac ou sur l'intestin.

XVIII. Les points de suture à travers le parenchyme pancréatique n'apportent aucun dérangement ni aucune altération, et sont tolérés comme dans les reins, le foie, la rate.

XIX. En cas de blessure du canal pancréatique, on peut suturer avec des points de suture rapprochés, comme dans la suture intestinale, mais de manière, autant qu'il est possible, que le fil ne reste pas dans le milieu du canal afin d'éviter les concrétions probables.

XX. La réunion des blessures du pancréas a lieu par prolifération des cellules préexistantes et spécialement du tissu connectif.

XXI. Il est certain désormais qu'on observe la régénération du pancréas.

XXII. Après l'extirpation complète du pancréas, on voit un grand développement des glandes de Galeati, et spécialement un accroissement karyokinétique dans les épithéliums, de manière que l'on peut supposer, suivant les expériences de Martinotti, que celles-ci pourraient suffisamment remplacer le viscère extirpé.

XXIII. Le déversement du sac pancréatique dans la cavité abdominale ne

donne pas toujours lieu à la péritonite parce que l'absorption est rapide. On peut croire que, comme la bile, le suc pancréatique est inoffensif s'il est sain, et nuisible s'il est altéré.

XXIV. Dans l'extirpation du pancréas, il faut toujours avoir soin de faire des ligatures précédant l'incision, pour éviter les hémorragies et le déversement du suc pancréatique. On ne doit pas faire usage du thermocautère ou du galvano-cautère; ils ne donnent pas de garanties suffisantes, parce que dans ces cas on redoute la chute des eschares, et par irradiation ils peuvent produire des effets dangereux dans les parties voisines.

M. le Professeur Mayo Robson (de Leeds). — *Chirurgie du pancréas.* — Le professeur Mayo Robson, de Leeds, commence son rapport en disant qu'il est convaincu que les affections pancréatiques sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement. Il base ses remarques sur ses observations personnelles, ayant opéré quarante cas de maladies pancréatiques, et ayant, de plus, vu un beaucoup plus grand nombre de cas dans lesquels on avait ou refusé l'opération ou pensé qu'il valait mieux ne pas opérer.

Sous le titre « Considérations anatomiques », il insiste sur l'importance d'un écoulement postérieur, si possible, dans les cas de pancréatite suppurée. Pour atteindre le conduit pancréatique principal, il a trouvé qu'il était possible de pratiquer l'incision de la seconde partie du duodénum et d'ouvrir l'extrémité du conduit à la papille.

Cancer. — L'auteur en a étudié plus de 50 cas; il a trouvé qu'ils se présentent généralement après quarante ans et il croit que les cas qui se produisent chez les individus plus jeunes sont très souvent des exemples de pancréatite chronique, qui peuvent ressembler au cancer non seulement dans les symptômes, mais aussi dans l'apparence à l'œil nu après la mort. Après avoir décrit les symptômes, il appelle l'attention sur l'importance qu'il y a à distinguer le cancer de la tête de celui du corps ou de la queue du pancréas; il discute alors le diagnostic et il conseille de ne pas subitement condamner le malade, spécialement les jeunes sujets et quelquefois même les malades plus âgés, avant d'avoir essayé le traitement chirurgical, car dans le cas où la maladie serait la pancréatite chronique, le traitement peut amener la guérison.

En décrivant le traitement, l'auteur pense que l'ablation du pancréas pour cancer est rarement pratique ou justifiable, excepté dans le cas où la maladie est limitée au corps ou à la queue de l'organe, et alors seulement quand l'opération est pratiquée dès le début de la maladie. Sur les 13 cas qu'il a opérés pour le soulagement des symptômes, par cholécystotomie ou par cholécystentérostomie, neuf guérirent et vécurent quelque temps fort soulagés. Cependant, le fait véritablement important que quelques malades opérés et qu'on croyait atteints de cancer de la tête du pancréas guérirent et sont maintenant en parfaite santé, est une preuve que la tumeur était une pancréatite chronique; ce fait amène l'auteur à conseiller l'opération dans tous les cas qui ne sont pas trop avancés, spécialement chez les

malades jeunes ou dans la force de l'âge, non pas qu'il y ait espoir de guérison si le cancer existe réellement, mais dans l'espoir que la tumeur est seulement d'origine inflammatoire et non maligne.

Kystes pancréatiques. — L'auteur a opéré cinq cas de kystes pancréatiques, et il recommande comme traitement ordinaire l'incision et l'écoulement: ce qu'il a fait dans 4 cas, sur lesquels il a obtenu 3 guérisons. Dans un cas, le kyste a été facilement extrait et le malade s'est rétabli sans aucune rechute. Mais son expérience, non seulement par l'observation de ses propres malades, mais d'autres malades soignés par des collègues, lui fait croire que l'excision ne peut que rarement être justifiée. Chez aucun de ses sujets, il n'y avait de symptômes pathognomoniques et l'auteur pense que le diagnostic doit être généralement basé sur les signes physiques.

Pancréatite. — L'auteur établit un parallèle entre les maladies inflammatoires du foie telles que l'angiocholite infectieuse et suppurée et l'hépatite interstitielle chronique, et des maladies semblables du pancréas et de son conduit.

Il croit avoir observé des difficultés de fonctionnement du pancréas se terminant par guérison et qu'on pourrait classer sous le titre de catarrhe infectieux des conduits pancréatiques, et il donne comme exemple des cas absolument prouvés de catarrhe suppuratif des conduits, ainsi que l'inflammation interstitielle chronique de la glande. Il croit qu'à mesure que le diagnostic se perfectionnera, ces maladies seront plus souvent reconnues et qu'on les classifiera en médecine.

L'auteur accepte la classification pathologique proposée par Fitz, et qui consiste à diviser la pancréatite aiguë en pancréatite suppurée, hémorragique et gangreneuse, mais, au point de vue de la clinique, il considère le sujet sous les aspects de pancréatite aiguë, subaiguë et chronique.

En discutant l'étiologie, il insiste sur le fait que l'infection bactérienne est la cause essentielle et immédiate, mais il énumère nombre de causes extrinsèques, telles que le catarrhe gastro-duodénal, les blessures, la lithiase pancréatique et biliaire.

Il pense que l'infection se produit presque toujours par les conduits. L'auteur discute les symptômes, les signes et le diagnostic, et il fait remarquer que, bien que la pancréatite soit une maladie sans signes pathognomoniques exacts, on peut généralement arriver à un diagnostic par l'étude attentive de l'historique, des symptômes originaires, et de la combinaison des symptômes et des signes.

L'auteur rapporte un cas de pancréatite aiguë qu'il a observé, ainsi que quatre cas de la forme suppurée qui ont été opérés après formation d'abcès; dans les deux cas où le pus s'est écoulé par la voie lombaire, la guérison a été obtenue; dans les deux cas où l'incision a été pratiquée en avant, la mort a été le résultat; dans ces deux cas un écoulement de pus s'est produit dans l'estomac et a été vomi.

Dans un cas de pancréatite suppurée où l'abcès a crevé dans l'intestin, la malade était trop faible au moment de la visite pour supporter l'opération; mais elle s'est rétablie lentement sans opération chirurgicale. Le

traitement de la pancréatite infectieuse et souvent de la pancréatite suppurée se réduit pratiquement au traitement de la péritonite commençant dans la région abdominale supérieure, et l'auteur insiste sur la nécessité de se débarrasser des produits inflammatoires par des écoulements de la région lombaire, si c'est possible, bien qu'il soit nécessaire de faire le diagnostic par une incision antérieure.

Sous la forme aiguë, il fait une comparaison entre l'appendicite gangreneuse et la pancréatite infectieuse et croit que le traitement chirurgical est tout aussi nécessaire dans un cas que dans l'autre, aussitôt qu'un diagnostic probable a été obtenu.

S'il y a grande distension de l'épigastre, il sera plus facile et plus sûr de faire une incision d'exploration dans l'angle costo-vertébral gauche.

L'auteur décrit aussi le traitement autre que l'opération pour diminuer la distension, pour diminuer les souffrances, la fièvre et les autres symptômes jusqu'à ce qu'un diagnostic définitif puisse être fait.

Il examine aussi les moyens permettant d'atteindre l'abcès, que cet abcès soit lombaire, subdiaphragmatique, épigastrique ou pelvien.

Pancréatite interstitielle chronique. — Le professeur Mayo Robson insiste beaucoup sur l'importance de cette maladie, qui est souvent confondue, selon lui, avec le cancer de la tête du pancréas. Il pense que cette maladie n'a pas été suffisamment étudiée par les professeurs de clinique ou par les pathologistes; la question n'a certainement pas été examinée comme elle mérite de l'être. L'expérience qu'il a acquise de cette espèce de maladie est le résultat des nombreuses opérations qu'il a pratiquées sur des cas d'ictère résultant de l'obstruction du cholédoque, l'ictère chronique obstructif, l'affaiblissement, l'amaigrissement, les violents paroxysmes de douleurs, les accès fébriles ayant fait supposer la présence de calculs biliaires, et l'absence de tout soulagement par le traitement médical ayant rendu l'opération chirurgicale nécessaire.

Il affirme qu'il est d'une importance capitale que cette maladie soit reconnue, puisque c'est une affection qu'on peut non seulement soulager, mais absolument guérir par le traitement chirurgical. A l'appui de ses assertions, l'auteur donne un résumé succinct de 15 cas dans lesquels il a pratiqué l'opération et obtenu 14 guérisons. Dans le cas fatal, où l'opération a été pratiquée lorsque la maladie était trop avancée pour laisser espérer une guérison, l'autopsie a démontré une cirrhose de la tête du pancréas.

Dans un autre cas dans lequel une amélioration avait été produite par la cholécystentérostomie, mais dans lequel les symptômes avaient reparu et, par suite de la fermeture de l'ouverture, avaient été suivis de mort trois mois plus tard, l'autopsie a fait voir une pancréatite chronique et non un cancer, comme le cours de la maladie l'avait fait supposer à ceux qui avaient examiné le malade.

L'auteur croit que la pancréatite interstitielle chronique, avec inflammation des conduits pancréatiques, est l'accompagnement régulier des calculs biliaires dans le cholédoque, et que cet état existe fréquemment après que la cause première a disparu; cette observation a été confirmée par le

Dr Fergusson, d'Edimbourg, qui dit que, suivant son expérience, dans presque tous les cas où la mort a suivi l'angiocholite infectieuse ou suppurée, on peut faire sortir des globules de pus du conduit de Wirsung. Les cas cités sont une démonstration des symptômes et du traitement par la cholécystotomie, ce qui fait disparaître immédiatement la tension et permet au conduit pancréatique de débarrasser l'organe de ses produits infectieux. Sans doute, quelquefois la manipulation de la tête du pancréas, pendant l'opération, peut détacher des calculs et des muqueuses durcies ou du pus du conduit pancréatique.

La simulation d'affection maligne de la tête du pancréas par la pancréatite chronique devrait faire hésiter le chirurgien à refuser l'opération dans tous les cas d'ictère avec vésicule biliaire distendue, toutes les fois que le malade est en état de supporter l'opération; car, bien que le résultat soit presque nul, si on se trouve en présence d'une affection maligne, on peut arriver à une guérison réelle et durable, si l'affection n'est qu'inflammatoire.

Après quelques remarques sur la *pancréatite hémorragique*, qui, d'après l'expérience de l'auteur, basée sur l'étude de trois cas, a toujours été traumatique et accompagnée d'épanchement dans l'arrière-cavité des épiploons, il discute le sujet des *calculs pancréatiques*. En égard à la rareté des spécimens dans les musées, au très petit nombre trouvés *post mortem* et au très petit nombre de cas mentionnés, l'auteur croit que cette maladie doit être rare et généralement reconnue seulement par la pancréatite et l'obstruction du cholédoque, accompagnées de l'angiocholite infectieuse à laquelle les calculs donnent lieu. Pour en faire l'ablation, il recommande l'exploration du conduit par une ouverture dans la seconde partie du duodénum. Il donne des exemples de cette opération.

En concluant, l'auteur espère qu'un jour viendra où les maladies pancréatiques obtiendront la place qu'elles méritent dans les recherches de diagnostic des médecins, et où le chirurgien sera appelé à pratiquer une opération beaucoup plus fréquemment à une période où l'opération, soit exploratrice, soit curative, pourra être essayée avec l'espoir de succès temporaire ou de guérison permanente.

M. le Dr Jules Boeckel (de Strasbourg). — *Chirurgie du Pancréas.*

Les opérations sur le pancréas sont indiquées dans les traumatismes, les inflammations et leurs conséquences (pancréatites suppurées, gangréneuses, hémorragiques, nécrose pancréatique avec nécrose graisseuse), les tumeurs solides et liquides (kystes).

Dans les traumatismes récents, l'intervention est des plus limitées, les blessures du pancréas étant généralement mortelles à bref délai (hémorragies graves, lésions concomitantes des organes voisins). Dix observations connues se sont terminées huit fois par la mort. Le seul traitement rationnel consiste à tamponner la plaie, après l'avoir aseptisée. La recherche et la ligature des vaisseaux intéressés, théoriquement rationnelles, sont pratiquement impossibles dans la grande majorité des cas, à cause de l'état précaire du blessé.

Dans les inflammations et les tumeurs, l'acte chirurgical porte tantôt sur la glande elle-même, tantôt sur son voisinage plus ou moins immédiat. Ce dernier cas se trouve réalisé lorsqu'une collection sanguine, purulente ou autre, développée primitivement dans le pancréas, fait irruption au dehors et s'enkyste entre l'un ou l'autre des nombreux feuillets péritonéaux qui avoisinent cet organe, ou bien encore lorsqu'une tumeur solide s'insinue entre ces mêmes replis.

L'opération, dans ces conditions, est des plus simples : la tumeur fait une saillie plus ou moins considérable et les feuillets séreux qui la recouvrent sont intimement soudés entre eux. On n'a donc généralement qu'à inciser sur le point le plus saillant de la tumeur pour la mettre à nu et à agir alors suivant les circonstances. Dans le premier cas, par contre (affection confinée à la glande), l'intervention est plus délicate, plus laborieuse et forcément restreinte. Délicate, car le pancréas est profondément situé, entouré de vaisseaux importants et nombreux, dont la blessure ou la ligature peuvent entraîner des accidents mortels (mésentérique supérieure). Restreinte, car on ne peut extirper que des portions limitées du pancréas, l'extirpation totale entraînant fatalement un diabète rapidement mortel.

Ces opérations intra-pancréatiques sont indiquées dans les tumeurs et les pancréatites localisées. Après avoir diagnostiqué l'affection — et c'est là le point délicat, car les maladies du pancréas n'ont pas de symptômes véritablement pathognomoniques — il s'agit tout d'abord de mettre l'organe à nu. Suivant les cas, nous pouvons l'aborder par trois voies différentes : 1° la voie *sus-gastrique*, lorsque la tumeur, ce qui est rare, émerge au-dessus de la petite courbure de l'estomac; 2° la voie *gastro-colique* (procédé de choix); 3° la voie *trans-mésocolique*, lorsque la tumeur s'est insinuée entre les feuillets du méso.

Exceptionnellement nous pouvons avoir recours à l'incision par le flanc (tumeurs de la queue du pancréas) et opérer alors en dehors du péritoine. Le pancréas dégagé, il faut aller à la recherche du foyer ou de la tumeur et, dans ce cas, procéder soit à un curettage, soit à une *énucléation*. Inutile d'ajouter que les opérations intra-glandulaires sont plus graves que les opérations extra-glandulaires. Mais le pronostic de ces dernières, sauf celles qui concernent les kystes, est encore assez sombre.

Les statistiques restreintes que nous possédons prouvent cependant que les affections pancréatiques que l'on considérait il y a peu de temps encore comme incurables, peuvent aujourd'hui être traitées avec succès, grâce à l'intervention chirurgicale, appliquée en temps opportun. C'est ainsi que la *pancréatite suppurée* et *gangréneuse* a fourni 11 guérisons et 9 morts sur 20 cas; la *pancréatite hémorragique*, 5 guérisons et 18 morts sur 25 cas.

Les *tumeurs solides* ont donné 8 guérisons, dont 4 durables et 3 morts sur 11 cas.

Les 144 cas de *kystes* opérés se décomposent ainsi : Opération en un temps : 99 cas, 92 guérisons, 7 morts dont 2 opératoires. Opération en deux temps : 16 cas, 16 guérisons. Extirpation totale ou partielle : 25 cas

21 guérisons, 4 morts. Quatre cas sans détails ont fourni 3 guérisons et 1 mort.

L'extirpation, plus rarement applicable, est plus grave, plus laborieuse et souvent incomplète. Loin d'être préconisée comme méthode de choix, elle ne devra être tentée que très exceptionnellement lorsque le kyste est mobile et facilement pédiculisable.

Outre ces opérations radicales, on peut pratiquer certaines *opérations palliatives* lorsque des phénomènes de compression du cholédoque ou du duodénum mettent la vie du malade en jeu (dans les tumeurs et les inflammations chroniques de la tête).

Mais les risques sérieux de ces opérations et les avantages très minimes qu'elles procurent ne nous engagent guère à les recommander.

En effet, dans les tumeurs solides, la *cholécystentérostomie* a fourni, sur 15 cas : 7 morts rapides et 8 guérisons avec une survie maxima de 14 mois. Quant à la *cholécysto-gastrostomie* (4 cas avec amélioration très passagère), à la *pancréatico-entérostomie* (1 cas, 1 insuccès) et à la *gastro-entérostomie* (2 cas, 1 mort rapide, 1 survie de 4 mois), elles ne doivent être citées que pour mémoire.

La *jéjunostomie*, que Maydl vient de préconiser, semble donner des résultats plus favorables.

Ces mêmes opérations peuvent être faites avec succès dans la pancréatite chronique de la tête, qui en impose si souvent pour un cancer du pancréas. De palliatives elles deviennent même curatives, lorsque la régression du processus inflammatoire s'opère, ce qui peut être le cas lorsque les lésions ne sont pas trop anciennes; la guérison est alors définitive.

Discussion. — M. le Dr Michaux (Paris) rapporte quelques faits personnels. Dans l'un, à la suite de contusion abdominale, il y eut rupture du pancréas. Il intervint deux heures après, et constata une rupture complète; il ne put faire de suture, plaça une pince et fit un tamponnement. Mort. Il croit que les contusions abdominales avec rupture du pancréas sont au-dessus des ressources chirurgicales.

Quant aux tumeurs kystiques, il ne faut pas faire d'opérations considérables. Le premier cas, extirpation, fut très laborieux, voulant être total; le malade mourut cinq heures après, ne put se remonter.

Le deuxième cas se présenta avec des phénomènes de sténose pylorique avec cachexie : tumeur allant jusqu'à la rate, tumeur kystique de deux litres, liquide verdâtre. L'énucléation comme tentative fit tomber sur des vaisseaux volumineux; M. Michaux mit des pinces et draina; il guérit et va bien actuellement. M. Michaux croyait que c'était un cancer et il pense que souvent il est difficile de se rendre compte des altérations chroniques, des scléroses sur lesquelles il est difficile de se prononcer. M. Gombault examina des pancréas altérés et ne voulut pas se prononcer sur les lésions. Quand on opère des cancers, on tombe surtout sur des cas avancés de cancer du pancréas. M. Michaux opéra deux malades, qui vécurent au maximum douze jours.

M. le Dr Francis VILLAR (de Bordeaux). — *Diagnostic et traitement des tumeurs du pancréas.*

Grâce aux travaux de ces dernières années, la chirurgie du pancréas est entrée dans une ère nouvelle. On a étudié avec soin cet ensemble de phénomènes désigné sous le nom de dyspepsie pancréatique; la théorie du diabète pancréatique a donné lieu à de nombreuses discussions; on a pu diagnostiquer et traiter des abcès, des kystes et des tumeurs solides du pancréas.

Les publications sur le sujet se sont pour ainsi dire précipitées; qu'il me suffise de rappeler les noms de Le Dentu, J. Bœckel, Nimier, Senn, Hartmann, Biondi, Körte. L'auteur a lui-même exposé la question de la Chirurgie du pancréas dans le Traité de Chirurgie clinique et opératoire de MM. Le Dentu et Delbet.

Les deux points intéressants ont trait au diagnostic et au traitement.

Le diagnostic des tumeurs du pancréas point difficile au début, se simplifie à mesure que le néoplasme augmente de volume. Une zone de matité encadrée en haut par la sonorité stomacale et en bas par la sonorité colique, voilà le grand signe physique de l'existence d'une tumeur du pancréas; l'insufflation de l'estomac augmente la zone de sonorité supérieure et diminue la zone de matité propre à la tumeur.

Dans des cas rares, la tumeur passant entre le foie et l'estomac n'est plus recouverte par la zone de sonorité supérieure.

D'autres signes viennent confirmer le diagnostic : diarrhée, vomissements graisseux, glycosurie, etc.

Un point qui mérite d'être mis en relief, c'est la tendance que l'on a eue jusqu'à présent à ne pas trop songer aux lésions du pancréas. C'est ainsi qu'un chirurgien, après avoir pratiqué une laparotomie pour contusion de la partie supérieure de l'abdomen, a pu laisser passer inaperçue une section transversale et totale de la glande pancréatique. De même, dans un cas d'occlusion intestinale, un autre opérateur n'a pas reconnu la cause de l'occlusion, qui n'était autre qu'un cancer du pancréas.

Le traitement des tumeurs de cet organe varie suivant que l'on a affaire à une tumeur liquide ou solide.

Pour les kystes, l'idéal serait l'extirpation; mais elle n'est pas toujours praticable et l'on est forcé d'avoir recours à la marsupialisation qui a donné de bons résultats. C'est cette méthode que j'ai mise en pratique il y a un an et avec succès, chez un malade dont le kyste, fort volumineux, adhérait largement à sa partie profonde.

Le traitement chirurgical des tumeurs solides peut être radical ou symptomatique.

L'on a déjà pratiqué l'extirpation d'un certain nombre de tumeurs solides du pancréas, et de ces interventions et des faits expérimentaux on peut tirer les conclusions suivantes : 1° des traumatismes sérieux du pancréas arrivent à guérir facilement; 2° l'extirpation de la queue et d'une partie du corps n'est pas une intervention très sérieuse; on peut extirper la tumeur de la tête, à la condition qu'elle soit très limitée.

Lorsqu'une intervention radicale n'est pas possible, on a la ressource

d'obvier aux inconvénients de rétention biliaire et occlusion intestinale par des opérations palliatives telles que : la gastro-entérostomie, la cholécystostomie et la cholédochostomie, la cholécystentérostomie et la cholédochoentérostomie; la cholécystentérostomie est l'opération de choix dans les cas de rétention biliaire.

On a traité la fistule pancréatico-intestinale pour amener dans l'intestin le suc pancréatique retenu dans le canal de Wirsung comprimé et dilaté.

M. le Dr V. Soubbotitch (de Belgrade). — *Cas opéré de kyste hématique du pancréas.* — Analyse anatomo-pathologique et histologique d'un cas de kystes multiples du pancréas avec hémorragie dans l'un d'eux. On a pu constater qu'à la suite d'un traumatisme il s'est développé une pancréatite chronique avec induration, rétrécissement et oblitération des canaux excréteurs et formation de kystes, dont un, à la suite d'hémorragie, a atteint le volume d'une tête d'enfant.

M. le Dr Michaux (Paris). — *De la cholécystectomie envisagée dans les résultats immédiats et éloignés.* — Sur un total de 50 opérations sur les voies biliaires, 32 fois l'auteur a pratiqué l'extirpation de la vésicule; il ne s'agit que de vésicules épaisses, rétractées, contenant des calculs peu nombreux, mais non des vésicules infectées.

Dans ces cas, ce serait l'opération de choix pour M. Michaux : 28 guérisons et 4 morts. Des deux premiers décès, une vieille femme de cinquante-huit ans, dans de médiocres conditions; au deuxième cas, l'auteur referma le ventre; dans le troisième cas, l'infection gastrique emporta le malade avec des vomissements; quatrième cas, cholédochotomie avec cholécystectomie.

M. Michaux pratique six opérations doubles : cholédochotomie et cholécystectomie. Trois fois des réflexes cardiaques se produisirent dans les vingt-quatre heures; ils cessèrent avec les écoulements biliaires, et pourtant il y avait ligature du canal cystique. L'écoulement biliaire, à peine marqué, dura huit à quinze jours; il se serait prolongé parfois quinze jours, un mois et même trois mois et demi. D'où provient cet écoulement? Il viendrait de la face inférieure du foie ou de *vas aberrans.*

M. Michaux ne put savoir exactement d'où venait l'écoulement malgré des recherches.

Il vit deux ou trois fois sortir de petits calculs dans les jours qui suivirent l'opération, et crut qu'ils étaient restés au voisinage. Il observa des phénomènes douloureux au niveau du pédicule, sans doute dus aux adhérences; malgré cela il y eut toujours une grande amélioration dans l'état général de ses malades. En résumé : bons résultats dans l'année et plus tard, la cholécystectomie donnerait de meilleurs résultats que la cholécystostomie; fistules persistant même au bout d'un an. Pour M. Michaux, c'est l'opération de choix dans les cas limités qu'il a indiqués au début.

M. le Dr Henry REYNÈS (Marseille). — *Lithiase biliaire à forme d'appendicite, cholécystotomie trans-hépatique.*

« Une femme de soixante ans présentait tous les symptômes d'une appendicite à rechutes : plastron iliaque, point de Mac Burney, douleurs iliaques. Je l'opérai par l'incision de Roux, mais tombai sur une masse inflammatoire allant du cæcum au bord du foie dont la face inférieure et la vésicule étaient placées dans d'inextricables adhérences; appendice sain. Pensant à une cholécystite calculeuse chronique, je remontai l'incision en haut, et après avoir donné sur la face convexe du foie, dans la direction de la vésicule, un coup de trocart qui s'arrêta dans une masse de graviers; je fendis le foie sur le trocart et fis ainsi une cholécystotomie trans-hépatique qui permit le curage de la vésicule et son drainage dans de parfaites conditions. M. F. Terrier, en 1895, a publié un fait analogue de lithiase biliaire simulant une appendicite; l'opération, commencée pour une appendicite, se termina par cholécystotomie. »

M. le Professeur Thomas JONNESCO (de Bucarest). — *Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.* — Actuellement on pratique quatre ordres d'opérations dans les kystes hydatiques du foie : 1° la ponction suivie ou non d'injections parasiticides; 2° la marsupialisation; 3° l'incision suivie de l'évidement et la suture du kyste; 4° l'énucléation et l'extirpation du kyste. Cette dernière opération idéale est si rarement applicable qu'elle ne doit entrer en ligne de compte que comme une intervention exceptionnelle. La ponction est à abandonner, comme incertaine et dangereuse même. La marsupialisation, vu la durée du traitement, reste une opération de nécessité, appliquable aux kystes suppurés et à ceux dont l'adventice calcifiée ne permet plus la rétraction de la poche. L'opération de choix consiste dans l'incision du kyste, qu'on vide de son contenu : liquide, vésicules filles et membrane germinative; suture et abandon de la poche sans drainage, ni capitonnage, ni fixation du kyste à la paroi abdominale. J'ai opéré 6 cas de toutes dimensions depuis celui du poing jusqu'à celui de 20 et 30 centimètres de diamètre, toujours avec succès. L'épanchement de bile dans le kyste n'est pas une contre-indication; j'ai guéri un cas de ce genre. Sur une de mes opérées, j'ai pu, au moment d'une seconde intervention, pour un deuxième kyste, constater deux ans après le résultat de la première opération : la poche avait complètement disparu et à sa place il ne restait plus qu'une cicatrice dure, accolée à la face inférieure du foie.

MM. les Drs HERRERA VEGAS et Daniel-J. CRANWELL. — *Les kystes hydatiques dans la République Argentine.*

« Au point de vue de la fréquence de cette maladie, la République Argentine a le triste privilège d'occuper un des premiers rangs par rapport aux autres pays, à côté de l'Islande et de l'Australie.

« Dans les services de chirurgie de l'hôpital de clinique de Buenos Ayres, auxquels nous sommes adjoints depuis bientôt cinq ans, nous avons l'oc-

casion d'en observer plusieurs cas par semaine, se présentant souvent sous des aspects très différents.

« Nous avons pu en réunir 943 observations depuis 1875 jusqu'en 1899. A l'exception de 37 cas soignés à Rosario (province de Santa-Fé), tous les autres malades ont été traités dans les hôpitaux de la ville de Buenos Ayres.

« Cette statistique, imposante par le nombre, est aussi remarquable par ce fait que la majorité des malades (906 cas) ont été opérés dans les hôpitaux d'une seule ville (Buenos Ayres) par des chirurgiens expérimentés et rompus à toutes les exigences de l'antisepsie.

« Nous avons donc pu disposer de tous les éléments nécessaires pour juger les procédés opératoires et en faire la critique raisonnée et impartiale.

« Toutes les observations détaillées, les opérations pratiquées et les considérations thérapeutiques qui en découlent se trouvent consignées dans notre mémoire. Cela nous dispense d'abuser de votre bienveillante attention en entrant dans de trop longs développements.

« Nous nous permettrons cependant d'insister seulement sur quelques points plus particulièrement intéressants.

« D'abord, la plupart des malades atteints de kystes hydatiques habitaient la province et la ville de Buenos Ayres où abondent le bétail et les chiens.

« Il y a là un problème d'hygiène prophylactique à résoudre à bref délai, et qui mérite toute l'attention des pouvoirs publics.

« Nous espérons que les mesures que nous indiquons faciliteront la solution désirée et diminueront les chances de propagation des échinocoques.

« Notre mémoire contribuera aussi, nous l'espérons, à jeter un peu de lumière sur cette question si controversée du traitement des kystes hydatiques, et de la méthode opératoire de choix qui leur est applicable.

« Le procédé ancien de Knowsley Thornton, Billroth et autres, a été remis en honneur dernièrement et vulgarisé dans notre pays, en France et en Russie.

« Pour certains, la suture sans drainage constituerait la méthode idéale dans le traitement des kystes à échinocoques.

« A notre avis, le débat est loin d'être définitivement clos. Une étude approfondie de cette question conduit à des conclusions différentes. Nous verrons que pour les kystes hydatiques du foie, la marsupialisation et le drainage surtout, constituent la méthode de choix.

« Qu'on veuille bien, en effet, analyser les statistiques et pénétrer dans le fond des observations, en détaillant les résultats obtenus avec les différents procédés opératoires; on verra que le plus bas pourcentage de la mortalité appartient à la marsupialisation. Voici les chiffres : mortalité 4,5 p. 100, cas de guérison, 95,5 p. 100 (kystes du foie).

« L'extraction de la membrane germinative avec suture sans drainage donne une mortalité de 5,5 p. 100, mais l'infériorité de cette méthode éclate surtout quand on suit les malades après l'opération. En effet, dans 19,26 p. 100 des cas opérés avec un résultat immédiat excellent, en un délai variable, on a observé la suppuration de la poche, qui a nécessité une nouvelle ouverture avec drainage. Et remarquons que les cas les plus favorables, les cas à contenu clair, ont seuls été traités par cette méthode,

tandis que la marsupialisation a été appliquée à des kystes à contenu louche.

« Pourquoi la suture sans drainage échoue-t-elle dans 19,26 p. 100 des cas? Les recherches bactériologiques de notre confrère le Dr Vinas donnent en partie l'explication de ces insuccès.

« M. Vinas a, en effet, trouvé dans le liquide limpide des kystes et dans la membrane périkystique des germes de la suppuration.

« Avec la marsupialisation, la guérison est certes plus lente, mais elle est aussi plus sûre.

« Pour les kystes hydatiques du poumon, les résultats des deux méthodes sont sensiblement pareils. S'il est vrai que le pourcentage de la mortalité dans la marsupialisation soit plus élevé, il faut convenir aussi qu'elle a été appliquée aux cas les moins favorables.

« Les kystes du cerveau, traités chirurgicalement par la trépanation avec ou sans drainage, constituent une des affections les plus meurtrières de la chirurgie : la mortalité est de 42,8 p. 100.

« Pour terminer, nous dirons quelques mots d'une forme particulière de l'infection hydatique, qui donne une mortalité énorme; nous voulons parler des kystes hydatiques multiples de l'abdomen, comparables aux tumeurs malignes, par la difficulté de faire une opération radicale, et par leur marche qui se termine presque toujours par une véritable cachexie hydatique.

« Dans notre statistique, ces kystes multiples donnent 42,8 p. 100 de mortalité et 19 p. 100 d'améliorations réelles ou apparentes.

« Conclusions :

« 1° La République Argentine est un des pays où les kystes hydatiques font le plus de ravages.

« 2° Presque tous les malades habitaient la province de Buenos Ayres.

« 3° La mortalité la plus élevée appartient aux kystes hydatiques du cerveau et aux kystes multiples de l'abdomen.

« 4° La méthode de choix pour le traitement opératoire est la marsupialisation et le drainage. »

M. le Dr Giordano (de Venise). — *Contribution à la thérapeutique chirurgicale de l'abcès du foie.*

Ce n'est pas seulement une maladie des pays chauds, c'est une intoxication qui éclate chez les alcooliques. Une nourriture putrescible peut aussi en favoriser l'éclosion.

Depuis 1894, le Dr Giordano a opéré, à Venise, 72 abcès, le plus souvent chez des adultes entre trente et cinquante ans, 58,4 p. 100 de ces malades avaient du pus stérile, 20,70 p. 100 du pus avec des formes amiboïdes, et 9,6 p. 100 seulement donnèrent du pus qui cultivait du bacterium coli et des microcoques pyogènes. L'âge des abcès ne les rend pas stériles. La ponction exploratrice n'a pas une grande valeur, tandis que la laparotomie à lambeau costal mérite toute confiance et permet de dépister du doigt les foyers d'hépatite suppurée qui au début ne sont pas fluctuants, mais simulent une tumeur enfouie dans l'organe. L'on protège le péritoine au moyen d'une ligne de gaze au centre de laquelle on crève et débride du

doigt même l'abcès, dont la cavité est ensuite bourrée de gaze hydrophile. Des 72 malades ainsi opérés 42 ont guéri, 30 sont morts, d'où une mortalité de 41,6 p. 100.

M. le Dr ADAMIDI (du Caire). — *Pathogénie et traitement des abcès du foie.*

L'alcoolisme joue évidemment un rôle prédisposant dans la production des accès hépatiques, mais la cause déterminante de ces abcès est une angiocholite ascendante d'origine intestinale.

On cite un certain nombre de faits de guérisons spontanées à la suite de l'ouverture des abcès du foie dans les bronches; mais en revanche, combien de morts ont été causées par ce mode de terminaison! Le seul traitement des abcès hépatiques consiste dans l'ouverture large et précoce par le procédé rapide. Lorsque l'abcès siège très haut, il suffit de faire une résection costale pour pouvoir l'aborder facilement.

M. le Dr HACHE (de Beyrouth). — *Traitement des abcès du foie. Danger de la méthode de Little.*

Dix-neuf observations personnelles; dans dix-huit il a employé l'incision franche. M. Hache expose les dangers de cette méthode qui lui a fait perdre deux de ses opérés par péritonite. Les adhérences sont exceptionnelles quand on opère de bonne heure, la stérilité du pus hépatique est loin d'être constante, et du reste du pus trouvé stérile dans des expériences *in vitro* à pu déterminer des accidents sur les animaux ou sur le malade lui-même. La meilleure manière d'éviter la péritonite paraît être la large incision de la paroi abdominale et la suture du foie à cette paroi, soit d'emblée, soit après détente de la poche hépatique par une ponction.

Hache conseille de choisir avant tout, pour l'incision, la voie qui mène le plus directement sur l'abcès; quand un abcès très volumineux laisse le choix entre l'incision intercostale ou l'épigastrique, c'est cette dernière qui lui paraît préférable. Il défend les ponctions exploratrices indispensables à la précision du diagnostic et pouvant jouer un rôle thérapeutique dans la congestion hépatique. Il ne faut pas craindre de les répéter, et elles doivent précéder l'incision de la paroi abdominale dont elles servent à déterminer l'emplacement. L'incision du foie ne doit être faite que sur un trocart ayant pénétré dans la poche et servant de conducteur, car un abcès, même volumineux, peut être très difficile à trouver au milieu du tissu hépatique où rien ne vous guide.

Sur ses 19 interventions, Hache a eu 7 décès, 4 dus à une rechute ou à la continuation de la diarrhée, et les 3 autres dus à la péritonite qui, dans un de ces cas, était antérieure à l'opération.

M. le Dr Jean-Baptiste SEGALE (de Gênes). — *Nouveau procédé de suture enchevillée dans la résection du foie de toute épaisseur.*

L'auteur examinant l'état actuel de la chirurgie du foie, relève que son progrès ne fut pas semblable à celui des autres branches de la chirurgie; recherchant les raisons de ce retard, il les trouve dans les rares indications,

étant donné la nature des maladies qui frappent ce viscère et les difficultés de leur diagnostic.

En examinant les statistiques publiées dans ces dernières années, il relève un nombre excessif d'insuccès, la plupart dus à une hémorragie primitive ou secondaire. L'auteur croit que tels insuccès doivent dépendre peut-être d'une technique opératoire imparfaite, mais spécialement d'une insuffisance de moyens hémostatiques maintenant en usage, étant donné la structure anatomique spéciale du viscère éminemment vasculaire et friable.

Il est convaincu que parmi les divers moyens hémostatiques la solution du problème « Hémostase dans la résection hépatique de toute épaisseur » doit se trouver dans la suture seule.

En discutant les divers procédés de suture aujourd'hui conseillés par les opérateurs : l'hépatorraphie qui sert plutôt dans les blessures; la ligature à nœud, qui sert dans les tumeurs pédiculés ou pédiculables; la ligature intrahépatique; les sutures discontinues de Kousnetzoff, de Pensky et d'Auvray, il fait remarquer que tous ces procédés prennent plus ou moins leur point d'appui sur le tissu hépatique et périhépatique qui a une résistance bien faible. En pratique, les opérateurs le savent, il arrive que, ou on serre assez et le tissu se déchire, ou trop peu, et l'hémostase ne s'obtient pas; en outre, on ne tient pas compte non plus de la compressibilité, dont le parenchyme hépatique est susceptible comme viscère éminemment vasculaire et canalisé.

Ainsi il arrive que, quand même la suture réussit à être efficace au moment de l'opération, elle devient ensuite insuffisante et est ainsi cause des hémorragies secondaires. Pour ces considérations l'auteur, croit que les qualités nécessaires à une suture hémostatique sûre et efficace dans les résections du foie, sont d'éviter la prise directe des points d'appui sur le tissu hépatique, et d'assurer une pression graduelle et constante.

L'auteur examine la suture *à supports* (os de baleine) de Ceccherelli et Bianchi, présentée au XIme Congrès International de Rome, procédé ingénieux, *mais qui nous semble beaucoup plus théorique que pratique* (Terrier et Auvray) et qui vraiment laisse un doute sur le matériel choisi et sur sa confection; il s'agit des os (pourquoi de baleine?) décalcifiés : ils ne présenteront pas une résistance suffisante; s'il s'agit de fanons dékératinisés l'auteur observe que, avec les moyens ordinaires, ils se ramollissent trop. A part le matériel, qui justifie l'opinion ci-dessus, la suture à supports de Ceccherelli n'assure pas la compression graduelle, nécessaire pour une hémostase sûre.

Il lui parut qu'une suture enchevillée, comme celle qui n'a pas prise directe sur le tissu hépatique, maintenue en place par des fils élastiques, pour assurer une compression constante et graduelle, pouvait répondre aux qualités demandées. Pour la confection de l'appareil, ne pouvant disposer d'un matériel entièrement absorbable, suffisamment résistant, avec lequel on aurait la solution idéale, l'auteur pensa à un matériel d'une désinfection facile et sûre, et à une combinaison spéciale afin de favoriser l'encapsu-

lement naturel des parties de la cheville qui ne peuvent pas s'absorber.

La cheville est composée de petits rouleaux d'ébonite ou d'ivoire s'encastrant par les extrémités, troués au centre, enfilés sur des fils de catgut, de manière à former un tout uni.

A la limite du lobe du foie qu'on doit enlever et le long d'une ligne transversale on fait passer une série d'anses de fil élastique d'une résistance suffisante, de manière que les anses débordent sur la face inférieure du foie. Une des chevilles est passée dans ces anses et est maintenue fixe par celles-ci; l'autre cheville est placée à la face supérieure entre les deux extrémités libres du fil; ceux-ci sont alors mis en tension suffisante et fixés avec des nœuds de catgut. L'hémostase assurée de cette façon, on procède à la résection, en ayant soin de diriger les deux incisions de manière à avoir une solution de continuité à section triangulaire avec le sommet tourné vers le moignon central.

De cette manière l'union des lambeaux libres avec une suture à surjet est possible. L'appareil ainsi disposé assure l'hémostase préventive et la pression graduelle par la tension élastique des fils; il empêche les hémorragies secondaires. Les nœuds se ramollissent et s'absorbent, une fois leur fonction accomplie; de même les fils de catgut qui tiennent réunies les parties qui forment la cheville; l'appareil se décompose ainsi en petits morceaux facilement encapsulables.

L'auteur rapporte une série d'expériences sur les animaux de grosse taille, desquelles il résulte, soit l'innocuité, soit le parfait fonctionnement et le complet encapsulement des résidus du matériel de suture, expériences qui permettent d'affirmer que la question peut être considérée comme résolue et que sa méthode assure l'hémostase hépatique dans les résections des lobes de toute épaisseur.

M. le Prof. Thomas JONNESCO (de Bucarest). — *Splénectomie.*

Depuis 1896, l'auteur a pratiqué 32 splénectomies dont 28 pour splénomégalie paludique, 3 pour splénomégalie leucémique et 1 pour kyste hydatique de la rate. Ces opérations l'ont amené aux conclusions suivantes :

La splénectomie est contre-indiquée dans l'hypertrophie leucémique de la rate, alors même que l'état général et local paraissent satisfaisants. Les trois opérés ont succombé sans autre complication que leur état leucémique. La splénectomie est l'opération de choix dans les kystes hydatiques de la rate.

Dans la splénomégalie paludique (28 opérés, 8 morts), l'extirpation de la la rate est toujours indiquée, mais en observant les contre-indications qui résultent : 1° de l'état du foie, la cirrhose atrophique surtout; 2° des adhérences pariétales trop étendues; 3° l'ascite trop prononcée; 4° la pleurésie; 5° l'état général trop mauvais, s'accompagnant de lésions viscérales, hépatiques ou rénales. — L'hypertrophie légère du foie, l'ascite moyennement développée, la cachexie paludique, même très prononcée, l'âge de l'opéré, le volume de la rate ne constituent pas de contre-indications, de même qu'une légère leucocytose. — La splénectomie, dans ce cas, doit être prati-

quée le plus tôt possible, une fois le traitement médical déclaré impuissant. — L'opération est d'autant plus facile et bénigne que la rate est plus mobile ou déplaçable; la rate fixe, même non adhérente, rend l'hémostase difficile, mais toujours possible. — Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont : la congestion pulmonaire pouvant aller jusqu'à la pneumonie; la péricardite, la pleurésie, l'hémorragie locale secondaire, la péritonite. Cette dernière peut être évitée en n'employant pour la suture des pédicules que le catgut fin, suffisant pour assurer l'hémostase, surtout si chaque pédicule est lié en étages, 2 à 3; de cette manière j'ai pu, dans ma dernière série d'opérations, éviter cette complication. — Après toute splénectomie apyrétique, on observe une hypotoxicité urinaire, durable même au bout de trois ou quatre ans. — L'effet thérapeutique de l'extirpation de la rate dans l'infection palustre est excellent : les accès fébriles disparaissent; l'état général s'améliore rapidement; la cachexie paludique est enrayée et l'ascite, quand elle a existé, est définitivement guérie. — Quatre opérés après quatre, trois et demi, trois et deux ans étaient complètement transformés. — Le nombre de globules rouges augmente rapidement, de 2 à trois millions à 5 et 6 millions; celui des globules blancs, après une augmentation passagère, revient aux proportions normales, alors même qu'il existait une légère leucocytose pré-opératoire. — En dehors de tout trouble local, la splénectomie doit être proposée comme traitement curatif de l'impaludisme, toutes les fois que la rate est sensiblement augmentée de volume, qu'elle ne cède pas au traitement médical et que l'infection palustre continue à se manifester malgré le traitement médical, et cela pour éviter les lésions graves du foie, la cachexie paludique et la production d'adhérences trop étendues.

M. le Dr Michaïlovsky (de Sofia). — *La Splénectomie dans la Splénomégalie malarique. Seize observations.*

« Du 10 août 1897 à ce jour, j'ai pratiqué seize fois la splénectomie, quinze fois pour des splénomégalies malariques, une fois pour un kyste hématique (post-traumatique). En me basant sur ces cas et sur ceux de M. Jonnesco qui dépassent, je crois, la trentaine, je veux établir la bénignité relative de la splénectomie, ses résultats excellents, la disparition des symptômes de cachexie après l'opération.

« Devant l'impuissance bien reconnue de tous les moyens thérapeutiques employés pour combattre la splénomégalie malarique, il était tout naturel de songer à une intervention chirurgicale, étant donné la sécurité que procurent l'antisepsie et surtout l'asepsie.

« Nous ne pensons pas que tout ce qui a été dit sur ce sujet il y a plus de quinze ans puisse avoir une valeur bien considérable au point de vue pratique. Ces faits n'ont qu'un intérêt historique, on nous permettra donc de les passer sous silence.

« A ceux qui conseillent de s'abstenir, je dirai que c'est à eux de nous donner une série de moyens hygiéniques convenables, seuls efficaces, pour aider l'organisme à triompher de la maladie. Jusqu'à présent le trai-

tement médical est nul, ou applicable seulement à un nombre restreint d'individus favorisés de la fortune. Il est presque inaccessible au plus grand nombre des malheureux affectés de cette forme de malaria et qui ne peuvent subvenir à leur existence que par un travail rude et pour la plupart anti-hygiénique. Enfin, le traitement médical a contre lui sa durée.

« Aujourd'hui la clinique nous a donné des preuves assez convaincantes pour nous autoriser à dire que la splénectomie est une opération bénigne, donnant, au point de vue de la santé générale des opérés, des résultats excellents.

« Les études comparatives du sang, faites avant et après la splénectomie, par MM. Jonnesco, Dieulafoy et Wlaëff sont d'accord avec les faits cliniques; elles nous montrent que l'ablation de la rate ne détermine dans la composition du sang que des troubles passagers et que, en quelques mois, l'équilibre est rétabli.

« M. Jonnesco a bien précisé les indications et les contre-indications de la splénectomie et la façon dont elle doit être conduite; j'ajouterai de très courtes remarques aux siennes.

« Comme lui, je me place à droite de l'opéré, mais je ne partage pas son opinion au sujet de l'incision abdominale et ne crois pas que nous devions donner toujours la préférence à l'incision médiane. J'estime qu'on doit se guider sur la modalité de la rate; or, elle peut être : adhérente, fixe, mobile ou ectopiée.

« Je pratique l'incision médiane dans les cas de rate mobile et ectopiée; j'ai recours à l'incision latérale quand la rate est fixe et adhérente; je crois que par l'incision latérale, on tombe précisément à mi-chemin des adhérences surtout développées au niveau du ligament phréno-splénique, et presque toujours vasculaires, et du pédicule splénique. Les avantages de l'incision latérale sont évidents au moment de l'extirpation de la rate; seule, elle permet d'éviter les tractions intempestives.

« Si une hémorragie survient au cours de l'opération, je saisis de la main gauche les vaisseaux spléniques y compris la queue du pancréas, et je prie mon aide d'appliquer les ligatures sur le pédicule.

« Sur les gros pédicules, par précaution, je place deux ligatures à un centimètre de distance et je lie ensuite chaque vaisseau à part.

« Je ferme la plaie abdominale par trois étages de sutures et toujours à la soie. Les suites opératoires sont d'ordinaire aussi simples qu'après une extirpation de kystes de l'ovaire; on doit immobiliser l'intestin par l'opium pendant les deux premiers jours, et si l'opéré est trop faible ou si l'opération a duré un temps assez long, on fait plusieurs injections de sérum artificiel.

« Comme complications post-opératoires, j'ai observé une élévation de température immédiatement après l'opération, due une fois à une pleuro-pneumonie et à laquelle le malade succomba quatre jours après l'opération, les autres fois, sans aucune lésion, très probablement par réveil des accès de malaria qui céderont à quelques injections de quinine avec antipyrine.

« Chez les jeunes sujets, j'ai observé souvent, peu de temps après la splé-

nectomie, le saignement du nez; je n'ai observé chez aucun de mes dératés d'hypertrophie ganglionnaire ou de quelque autre organe hématopoiétique.

« Au sujet des indications opératoires de M. Jonnesco, j'ajouterai que la grossesse coexistante n'est pas une contre-indication à la splénectomie. J'ai eu une malade qui au cinquième mois de sa grossesse était menacée d'avortement (vomissements incoërcibles, douleur et gêne extrême dans le bas-ventre), œdème des jambes (sans albumine), cachexie et de plus, emphysème pulmonaire avec accès d'asthme de temps à autre. Cette femme a très bien supporté la splénectomie, sans trouble de la grossesse; sa rate pesait 3 900 grammes. Du reste, la splénectomie pour rupture traumatique de la rate au cours de la grossesse a été faite une dizaine de fois, par Lane, Savor, Asch, etc. Ces 10 cas ont donné 3 morts et 7 guérisons.

« Je ne voudrais pas terminer sans vous dire que la santé de mes opérés est excellente; j'ai revu quelques-uns de mes malades un an et même plus après l'opération : ils étaient transformés au point que je ne pouvais les reconnaître; le volume des rates que j'ai enlevées a été de 1800 grammes à 4000 grammes. Sur mes seize splénectomies je n'ai qu'un mort, par pleuro-pneumonie (gauche), celle-ci causée par la faute de notre infirmier qui, paraît-il, avant l'opération, a oublié le malade au bain pendant une heure et lui a laissé prendre froid. Je regrette infiniment de n'avoir pas été prévenu de cet accident avant l'opération. Notre mortalité de 6,02 p. 100 est donc une mortalité éminemment réductible. Il suffirait pour la ramener à 5 p. 100, de ne plus faire de tentative dans les cas trop hasardeux.

« La mort de mon malade est due à un accident tout à fait fortuit et n'est pas imputable à l'opération. Si l'on met de côté ce dernier cas, on peut admettre, je crois, la bénignité de la splénectomie qui deviendra, j'en ai la conviction, l'opération de choix du traitement de la splénomégalie malarique.

« Je vous fais grâce de mes conclusions absolument calquées sur celles de M. Jonnesco. Quant aux expériences d'hypotoxicité après la splénectomie, je n'ai pas eu l'occasion de les faire. »

Séance du Samedi 4 Aout (*Matin*).

Présidence de M. le Prof. Sonnenburg (Berlin).

Présidents d'honneur : MM. Albert (Vienne), E. von Bergmann (Berlin), O. Bloch (Copenhague), Ceccherelli (Parme), Mac Cormac (Londres), Keen (Philadelphie), Kousmine (Moscou), Kraske (Fribourg), Mayo Robson (Leeds), Roux (Lausanne), Weir (New-York).

M. le Dr Morestin (de Paris). — *Le cancer de la joue.*

M. Morestin a eu l'occasion d'observer 12 malades atteints de cancer primitif de la joue. Sur ces 12 malades, il y avait 1 femme et 11 hommes, dont 10 fumeurs; le onzième ne fumait pas, mais il avait l'habitude de

chiquer. Tous avaient des dents déplorables; quelques-uns présentaient des plaques leucoplasiques au voisinage de la tumeur ou sur la joue de l'autre côté.

10 fois sur 12, c'est au voisinage immédiat du cul-de-sac gingivo-génien inférieur que le néoplasme a pris naissance, remontant ensuite, d'une part, à la face interne de la joue, et envahissant, d'autre part, la muqueuse de la portion alvéolaire du maxillaire. Les ganglions sont engorgés d'une façon précoce; ils se fusionnent entre eux et avec la glande sous-maxillaire, adhérant aussi de bonne heure à la mâchoire. Quant au cul-de-sac gingivo-génien supérieur, il est respecté, et même au-dessous de lui on trouve encore une bande de muqueuse saine. De même, le plancher de la bouche demeure en général intact pendant assez longtemps.

Le pronostic du cancer de la joue est toujours très grave. Son évolution se fait en quelques mois, et de bonne heure il échappe au traitement chirurgical. Dans les cas où il y a lieu d'intervenir, on sera conduit le plus souvent à enlever en bloc la tumeur génienne, la masse ganglionnaire sous-maxillaire et la partie correspondante du maxillaire.

Sur les 12 malades, 7 étaient inopérables; il a opéré les 5 autres, et l'un d'eux, qui était absolument cachectique, est mort le jour même de l'opération. Les 4 autres ont très bien supporté l'intervention; 3 ont eu une récidive et ont succombé au bout de trois à huit mois; le quatrième n'a pas été revu.

M. le Prof. SEVEREANU (de Bucarest). — *Sur une nouvelle méthode de résection de la mâchoire supérieure.*

Elle consiste en ce qu'on réunit l'opération transversale avec celle de Maisonneuve qui est verticale. L'auteur considère cette opération comme préférable, parce que le champ de l'opération est plus vaste, et que la cicatrice reste presque invisible. Quant à la résection du nerf infraorbitalis, et à la question de savoir si, après le débridement de celui-ci, il se produit de l'anesthésie de la joue correspondante, cela ne serait pas d'une bien grande importance. Néanmoins, chaque fois, autant que possible, il s'est ingénié à conserver le nerf, et jamais il n'a observé de perturbation dans la sécrétion lacrymale. Ayant d'abord opéré sur des patients non chloroformés, il a préféré plus tard la trachéotomie préventive de Trendelenburg et l'opération la tête pendante.

M. le Dr LE FORT (de Lille). — *Fractures de la mâchoire supérieure.*

M. Le Fort montre des photographies de types de fractures. Il a fait une étude expérimentale des fractures de la mâchoire supérieure.

Ces fractures sont souvent très étendues et ne se révèlent par aucun signe extérieur.

Les déplacements osseux et la mobilité sont relativement rares. Les apophyses ptérygoïdes et les masses latérales de l'ethmoïde, intimement soudées à la face, font partie topographiquement de la mâchoire supérieure et se brisent d'ordinaire avec elle; la base du crâne proprement dite pré-

sente au contraire une indépendance très grande, les lésions de la face ne se propagent pas au crâne.

Les traumatismes de la face tendent à séparer la face du crâne par une grande fissure complète, passant transversalement de la racine du nez au trou occipital. Ceux qui portent exclusivement sur la partie moyenne de la face, soit d'avant en arrière, ou de haut en bas sur la racine du nez, ou de bas en haut sur le bord alvéolaire ou même sous le menton, laissent intacts les os malaires, qui restent adhérents au crâne, et c'est seulement la partie moyenne de la face qui cède.

La face séparée ou non du crâne, tend à se diviser en fragments et ces fragments présentent des caractères assez constants, quel que soit le mécanisme de la fracture.

Le plus fréquemment obtenu correspond à la grande fracture transversale de A. Guérin. Il comprend la voûte palatine, le bord alvéolaire et les apophyses ptérygoïdes. Il est parfois divisé en deux par une fissure antéro-postérieure passant le plus souvent à quelque distance de la ligne médiane.

L'os malaire forme très souvent un deuxième fragment. L'os est généralement intact où à peu près et a entraîné avec lui le sommet de l'apophyse pyramidale du maxillaire ou plus rarement toute l'apophyse.

La branche montante du maxillaire supérieur, avec une partie des unguis et parfois des os du nez, forme un troisième fragment. Des esquilles de la paroi antérieure du sinus maxillaire, des masses latérales de l'ethmoïde, de la partie inférieure des os du nez, etc., unissent entre eux les fragments précédents et complètent le massif osseux de la mâchoire.

MM. les Drs Cunéo et Veau (de Paris). — *Sur la pathogénie des tumeurs mixtes para-buccales.*

Pour MM. Cunéo et Veau, les théories, l'une glandulaire (française), l'autre conjonctive (allemande), sont incomplètes pour expliquer la pathogénie de ses tumeurs; aussi doivent-elles être abandonnées. De leurs examens d'embryons portant sur 2 et 3 arcs branchiaux, des inclusions de ces arcs, ils croient que ces tumeurs sont des *tumeurs mixtes*, ni purement conjonctives, ni purement épithéliales. On trouve du myxome, du cartilage. Ils rapportent treize tumeurs mixtes para-buccales et sept tumeurs cervicales qu'ils assimilent aux précédentes.

M. le Dr Morestin (de Paris). — *Tumeur salivaire parotidienne.*

« Je pense qu'on peut désigner ainsi, à défaut d'un terme meilleur et plus précis, l'affection très rare dont j'ai eu l'occasion d'observer un exemple.

« Il y avait chez mon malade une ectasie localisée d'une portion des voies salivaires parotidiennes. Ce n'était pas un kyste, car les kystes sont clos. Son contenu refluait dans la bouche sous la pression la plus légère. Ce n'était pas non plus une de ces dilatations liées à l'inflammation chronique, ou entretenues par quelque obstacle, comme on peut en trouver sur tous les conduits excréteurs. Le canal excréteur était sain, ou peu s'en faut, complètement perméable et ne contenait aucun corps étranger. D'autre

part la poche, pendant fort longtemps, avait été remplie par un liquide purement salivaire. A la longue elle s'était infectée secondairement; et cette complication était inévitable.

« Je fis, utilisant l'ancienne cicatrice, une incision de quatre à cinq centimètres, derrière l'angle de la mâchoire. La peau libérée, j'ouvris la loge parotidienne et incisai le tissu parotidien. Je rencontrai deux filets du facial qui furent disséqués et réclinés en avant et en haut. Je traversai un centimètre de tissu parotidien avant d'atteindre la poche. Ce ne fut point facile; une fois l'aponévrose incisée, je ne retrouvai plus la saillie de la tumeur qui s'était en partie vidée dans la bouche; aucun point de repère : tout était mou, vague, et le sang venait de toutes parts. La poche ouverte, je tentai de la séparer du tissu parotidien, mais il fallut y renoncer très rapidement, la paroi, d'une extrême minceur, n'était pas isolable, et se déchirait sous la moindre traction, il n'y avait pas de paroi propre, au sens chirurgical du mot. Je me bornai donc à curetter énergiquement la cavité, à en badigeonner à plusieurs reprises toute la surface avec du chlorure de zinc au dixième et à la tamponner avec de la gaze stérilisée. Cette intervention, théoriquement simple, avait été, en somme, une opération fort délicate.

« Les suites furent bonnes; une chose me donna de l'espoir, c'est que la salive coulait presque entièrement par le canal de Sténon et c'est à peine si le pansement en était humecté.

« Vers la fin du mois de mars les choses étaient encore dans le même état, il s'écoulait chaque jour quelques gouttes de salive, et la plaie n'arrivait pas à se fermer complètement. Quant à l'état général, il s'était transformé.

« Désireux de le guérir tout à fait, je me servis de chlorure de zinc fondu dans la moitié de son poids d'eau. La guérison était complète au milieu d'avril et elle est absolument parfaite. »

M. le Dr Péraire (de Paris). — *Trépanation pour traumatismes anciens de la région crânienne.*

M. Péraire a eu l'occasion de pratiquer la trépanation dans deux cas de traumatismes anciens de la région crânienne. Dans le premier cas, il s'agissait d'un traumatisme datant de sept ans, et le malade présentait des troubles encéphaliques; la trépanation lui permit de découvrir un abcès du cerveau, dont l'ouverture et le drainage furent rapidement suivis de guérison. — Dans le second cas, les accidents cérébraux étaient déterminés par une balle de revolver, logée dans le crâne depuis douze ans. Guidé par la radiographie, il a pu extraire le projectile par la trépanation; aussitôt après, tous les accidents ont disparu.

M. le Dr Codivilla (de Bologne). — *Technique de la craniotomie.*

M. Codivilla a présenté le craniotome qu'il a fait construire pour ouvrir de larges brèches exploratrices sur le crâne, et un crâne d'une petite fille, opérée il y a trois ans, et morte de tuberculose générale un an et demi après. Ce craniotome très simple agit avec une grande rapidité. Il a sur les autres instruments l'avantage de pratiquer une incision linéaire sans perte de

substance osseuse et de n'avoir besoin d'aucune autre énergie (électricité p. ex.) que celle mise en œuvre par la main de l'opérateur. Le crâniotome est basé sur ce principe : une petite lame d'acier, passant à plusieurs reprises sur la même région du crâne, y creuse un sillon et le divise complètement. Pour y parvenir, la lame doit non seulement agir toujours sur la même ligne, mais avec force. Le crâniotome se fixe par une vis qui traverse l'os du crâne en toute son épaisseur et la force est transmise à la lame tranchante par le long bras du levier mû par l'opérateur. L'instrument peut exécuter des brèches ostéoplastiques circulaires ou d'autre forme dérivant des combinaisons des différentes sections des circonférences. Dans la calotte que je vous présente, l'instrument a été appliqué trois fois et la brèche a été ample comme celle d'une hémicraniectomie. La pièce prouve que le craniotome agit idéalement pour pratiquer des brèches exploratrices, puisqu'une fois la réparation obtenue, il n'existe que quelques légères traces de l'opération; le disque osseux est fixé définitivement aux bords de la brèche du crâne par les ponts qui proviennent de la néoformation réparatrice et qui assurent la stabilité du disque. Dans la région opérée il n'y a aucune néoformation osseuse exubérante pouvant comprimer le cerveau, ou l'irriter en quelque façon que ce soit.

M. le Dr G. Nanu (de Bucarest). — *La craniectomie temporaire dans les abcès du cerveau.*

« Un homme de trente-six ans avait, depuis douze ans, une otorrhée purulente à droite. Dans les derniers temps la sécrétion diminua, devint fétide et s'accompagna d'une céphalalgie vive. Après huit jours, il me fut adressé à l'hôpital, avec des phénomènes cérébraux graves : hémiplégie totale à gauche et perte de connaissance.

« Je fis sans tarder l'antrectomie, mais, n'ayant pas trouvé de pus, j'ai abandonné la voie mastoïdienne pour faire, dans la même séance, une craniectomie temporaire. Comme on le voit dans la photographie de ce malade, par un lambeau large de 9 centimètres et haut de 10 centimètres, comprenant à la fois l'os et les parties molles, j'ai découvert la dure-mère de l'hémisphère droit sur une grande étendue. Les méninges étaient normales. J'ai fait une ponction du cerveau, avec une grosse aiguille de Pravaz, au niveau de la région psycho-motrice; le résultat ayant été négatif, j'en ai fait une autre plus bas, au niveau du lobe temporal; là j'ai trouvé du pus qui était très fétide. J'ai alors incisé les méninges ainsi qu'une faible épaisseur de substance cérébrale et, ayant trouvé une collection purulente assez grande, je l'ai évacuée, irriguée et drainée. J'ai remis ensuite le lambeau en place et je l'ai suturé sur tout son pourtour avec des crins de Florence, laissant seulement une petite ouverture à l'angle postérieur de la plaie, pour le tube à drainage.

« Une demi-heure après l'opération, on constata des mouvements dans les membres paralysés; le lendemain, le coma et l'hémiplégie avaient complètement disparu. Le malade est actuellement parfaitement guéri et a repris son métier de boucher. Jusqu'à présent, la craniectomie temporaire

n'a été pratiquée que dans un seul cas d'abcès cérébral. Cependant je trouve qu'on a tort de ne pas la faire plus souvent et de ne pas la préférer à la simple trépanation. Dans les cas de suppurations cérébrales d'origine otique, il est indiqué de la faire, avant ou après l'antrectomie, toutes les fois qu'on soupçonne l'existence d'une collection développée à distance du foyer originel. La craniectomie temporaire permet l'exploration sur une grande étendue, elle met à l'abri d'inoculations septiques du cerveau, et d'autres accidents opératoires. »

M. le Prof. Fedor KRAUSE (Berlin). — *24 résections intracrâniennes du trijumeau et leurs résultats.*

La résection intracrânienne des branches du trijumeau n'est pas sûre dans son succès; c'est pourquoi, quand il semble indiqué d'ouvrir le crâne, l'extirpation du ganglion de Gasser et du tronc du trijumeau doit être faite. Krause a exécuté cette opération 24 fois chez des malades âgés de trente à soixante-douze ans et a employé toujours la méthode temporale, qu'il a créée en 1892. Une femme de cinquante-huit ans, extrêmement épuisée, mourut de collapsus; un homme de soixante-douze ans mourut le sixième jour après l'opération par sclérose des artères coronaires et insuffisance du cœur, pendant que la blessure était fermée *per primam intentionem* et sans fièvre.

De ceux qui sont opérés les premiers survivent encore une femme âgée de soixante-quinze ans et un homme de soixante-deux ans, opérés il y a sept ans et demi; une femme âgée de soixante-seize et une de cinquante-trois ans, opérées il y a six ans; une femme âgée de quarante-deux ans, opérée il y a cinq ans et une femme âgée de cinquante ans, opérée il y a quatre ans et demi. Tous ces malades sont restés sans douleurs jusqu'à présent.

Les succès de l'opération, malgré le danger à courir, sont si grands, qu'elle gardera la place conquise; car ces cas les plus graves de névralgie sont très souvent accompagnés de tentatives de suicide à cause des souffrances terribles qu'ils provoquent.

M. le Dr CHIPAULT (de Paris). — *Résection du ganglion de Gasser.*

Réponse au Dr Krause. — « J'ai fait deux fois la résection du ganglion de Gasser. Mes deux malades sont guéris depuis deux ans et demi et un an. C'est donc une bonne opération, mais elle est vraiment difficile et grave. Aussi ai-je essayé de lui substituer soit la résection périphérique totale du trijumeau, étudiée dans sa thèse par Bejarano, soit et surtout la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique, bénigne et non mutilante. Elle m'a donné trois succès, elle en a donné d'autres. Cela suffit à établir son bien-fondé théorique et la valeur des espérances thérapeutiques qu'elle légitime. »

M. le Prof. JONNESCO (de Bucarest). — *La résection du sympathique cervical.*

« Depuis 1896 j'ai pratiqué 126 sympathicectomies cervicales bilatérales;

totale, comprenant les trois ganglions, sub-totale (ganglion supérieur et moyen), ou partielle, n'enlevant que le ganglion supérieur. Dans deux cas j'ai enlevé même le premier ganglion thoracique. J'ai opéré de cette façon 97 épileptiques, 15 goitres exophtalmiques; 12 glaucomes et 2 cas de migraines essentielles. J'ai sensiblement modifié la technique : j'évite la section du plexus cervical et le nerf spinal. Je pratique la résection bilatérale en une seule séance. La bénignité de l'opération est absolue. Il n'y a pas de suites tardives fâcheuses; toutes les craintes de troubles trophiques ou autres ne sont pas fondées. Les résultats thérapeutiques ont été excellents : sur 97 *épileptiques* que j'ai opérés, j'ai obtenu : en 1896, sur 130 opérés, 3 guérisons durables, définitives, 1 amélioration, 4 insuccès, 5 opérés ont succombé depuis; en 1897, sur 17 opérés, 6 guérisons, 2 améliorations, 5 insuccès, 4 résultats inconnus; en 1898, 19 opérés, 3 guérisons, 1 amélioration, 5 insuccès, 10 résultats inconnus; en 1899, 27 opérés, 2 améliorations, 1 insuccès et 24 résultats inconnus; en 1900, 21 opérés, 1 guérison, 2 améliorations, 1 insuccès et 17 résultats inconnus. Je ne puis admettre comme résultats définitifs que ceux qui datent d'au moins deux ans; ainsi, sur 49 opérés de 1896-98, 12 guérisons et 4 améliorations constituent un excellent résultat. Il ne faut pas parler d'insuccès ou de succès dans les premiers temps qui suivent l'opération, car le résultat peut se modifier totalement avec le temps : tel succès immédiat devient un insuccès dans la suite et inversement.

« Sur 16 *goitres exophtalmiques*, 2 ont été opérés en 1896, 3 en 1897, 5 en 1898, 2 en 1899 et 3 en 1900. Tous les malades ont été ou guéris, ou profondément améliorés. La guérison consiste en : modification de l'état général et nerveux, disparition de l'exophtalmie et du goitre, disparition de la tachycardie. Cette guérison durable, je l'ai obtenue chez 6 malades depuis 1896, 1897 et 1898; les autres quatre opérés de cette série présentaient du basedowisme secondaire ou des formes fortes; ils ont été très améliorés, mais non guéris. Je ne parlerai pas des cas tout récents opérés en 1899 ou en 1900; ils ne peuvent être jugés d'une façon définitive qu'après un temps plus long, deux ans au moins. Les résultats obtenus dans les 12 cas de *glaucôme*, je les communiquerai à la section ophtalmologique, car cette opération a été largement adoptée par les spécialistes, et les résultats sont des plus encourageants. Dans les deux cas de *migraine*, les résultats immédiats sont excellents, mais ils sont trop récents pour pouvoir parler des résultats définitifs. »

M. le Dr Chipault (de Paris). — *Résection du sympathique cervical.*

« J'ai fait une quarantaine de fois la résection du sympathique cervical. Elle n'entraîne absolument jamais de troubles trophiques. Il n'y a pas de cachexie sympathicoprive. L'opération n'est rationnelle qu'à la condition de comprendre la totalité du ganglion cervical supérieur. 26 cas d'épilepsie m'ont donné 3 guérisons, suivies des années; 2 goitres exophtalmiques, 2 guérisons; 7 glaucomes, dont 2 hémorragiques, 6 améliorations. Je suis en outre intervenu 1 fois pour migraine ophtalmique, avec résultat transi-

toire; 1 fois pour torticolis spasmodique, en ménageant le spinal, avec résultat durable; 3 fois pour névralgie faciale, ainsi que je vous disais tout à l'heure; 1 fois pour couperose vaso-motrice. »

M. le Dr Alberto-Ramon HERNANDEZ (de Mexico). — *Un cas de ligature du tronc innominé suivi de guérison.*

« Quelle conduite le chirurgien doit-il tenir en pareil occurence? Deux cas sont à considérer : ou bien la plaie est large, facilement explorable, et le chirurgien peut tenter la recherche des extrémités du vaisseau sectionné, pour en pratiquer immédiatement la ligature; ou bien la plaie est petite, la perte de sang, déjà considérable, n'est momentanément suspendue que par un tamponnement des plus énergiques. J'estime, pour ma part, que, dans ce cas, qui est celui de mon observation, il faut commencer par lier le tronc innominé, si la plaie siège à droite, la carotide le plus près possible de l'aorte, si la blessure est à gauche; puis il faut aller à la recherche du bout supérieur; l'hémorragie ne venant plus que d'un côté, sera facile à combattre.

« Quant à la tumeur pulsatile dont il a été parlé, elle correspond certainement à une dilatation conique de la partie du vaisseau située au-dessous de la ligature. Je me propose de remédier aux inconvénients qui pourraient résulter de son développement, par des injections de gélatine.

« Enfin, il n'en faut pas moins reconnaitre que, si les injections massives de sérum artificiel sont plus indiquées aujourd'hui que la transfusion, cette dernière opération a certainement rendu service à mon blessé. On objectera évidemment la phlébite; mais celle-ci a été relativement bénigne et ne semble pas avoir retardé la guérison définitive.

« Je ne dirai rien du manuel opératoire pour pratiquer la ligature du tronc innominé; la technique de Farabeuf me paraissant parfaite, je ne vois pas pourquoi on y apporterait quelque changement.

« Il résulte de tout ce qui précède que l'observation que je vous apporte constitue le premier cas de ligature du tronc innominé, tentée d'emblée sur le vivant pour blessure de la carotide primitive et suivie d'une guérison véritable; c'est pourquoi je me suis cru autorisé à vous en entretenir aussi longuement.

« En dehors de cette observation, je signalerai, pour mémoire seulement, deux autres cas de ligature heureuse de la carotide primitive pour plaies. Je dois le premier de ces cas au Dr Caray, de Mexico; il remonte à deux ans et demi; l'autre m'est personnel et remonte à deux ans. Les malades qui ont été l'objet de ces ligatures sont actuellement bien portants. »

M. le Dr CHIPAULT (de Paris). — *Statistique thérapeutique de 147 fractures vertébrales.*

« J'ai traité jusqu'à présent 147 fractures vertébrales : chiffre considérable qui m'autorise à vous indiquer en quelques mots ce que je pense du traitement de cette lésion grave.

« D'abord très interventionniste, puis très peu, je suis aujourd'hui revenu en partie à la conviction qu'une thérapeutique active est nécessaire au moins dans quelques circonstances.

« Pour les préciser, je désignerai sous le nom de fracture immédiate, la fracture datant de vingt-quatre à quarante-huit heures; de fracture récente celle datant de cinq jours à trois semaines; de fracture ancienne, celle datant de trois à huit mois; de fracture très ancienne, celle datant d'une année et plus. Ces dates correspondent aux diverses étapes critiques des fractures vertébrales.

« 1° Dans la fracture immédiate, 34 cas. Je me suis abstenu de toute thérapeutique autre que le matelas d'eau, etc., dans 20 cas, soit à cause de l'état de shock, soit à cause de l'insignifiance du déplacement osseux concordant avec des accidents de gravité variable. Dans 2 cas, il y avait également un déplacement osseux insignifiant, mais les symptômes avaient mis quelques heures à se développer; des laminectomies m'ont permis de retrouver une hémorragie péridurale et périmédullaire. Dans 10 cas, un déplacement osseux marqué s'accompagnait de symptômes médullaires ordinairement graves; j'ai pratiqué la réduction dans 5 cas, dont 3 avec appareil plâtré, 2 avec ligatures apophysaires; la laminectomie dans 5 cas : 3 avec résection de la saillie osseuse intrarachidienne, 2 avec réduction et ligatures laminaires, toujours avec ouverture de la dure-mère et constatation directe de l'état de la moelle et des racines suturées une fois. Dans 2 cas la fracture paraissait limitée aux arcs : laminectomie.

« 2° Dans la fracture récente, 57 cas. Dans 20 cas, des complications graves : myélite ascendante, pneumonie, pyélo-néphrite, état infectieux ont commandé l'abstention. Dans 10 cas, des complications moins menaçantes ont été l'objet de mesures palliatives : 7 cautérisations profondes d'eschares, 4 drainages vésicaux par l'urèthre, 2 cystostomies sus-pubiennes, l'une chez un rétréci, l'autre chez un prostatique, présentant l'un et l'autre des fausses routes uréthrales. Dans 27 autres cas, les complications étaient d'intérêt secondaire ou nul : elles ont été traitées suivant les règles habituelles, mais en outre, le rachis a été l'objet de soins directs; 7 fois il y avait un déplacement osseux bien accentué : réduction, suivie dans 4 cas de corset plâtré, dans 3 de ligatures apophysaires; 14 fois il y avait un déplacement osseux médiocre, avec symptômes radiculo-médullaires variables : 6 fois à forme de paraplégie flasque, indiquant une section transverse totale de la moelle, 2 abstentions, 1 réduction avec corset plâtré, 3 laminectomies avec résection du cal, chez des sujets très vigoureux, à troubles trophiques multiples et progressifs dont cette intervention a 2 fois arrêté la marche; 2 fois à forme de paraplégie spasmodique, radiculo-médullaire, 2 laminectomies; 6 fois à topographie purement radiculaire, dont 4 au niveau de la queue de cheval : 6 laminectomies, avec nettoyage extra et intradural du canal. Enfin, 6 fois il n'y avait pas de déplacement osseux : abstention, 2 ponctions lombaires dont 1 avec issue de 125 grammes de sang sans résultat thérapeutique, 3 laminectomies, dont 2 au niveau du sacrum.

« 3° Dans la fracture ancienne, 6 cas : 4 abstentions pour paraplégie flasque avec déplacement osseux léger, 1 laminectomie pour paraplégie spasmodique radiculo-médullaire, 1 ligature apophysaire chez un sujet

âgé, à troubles sensitivo-moteurs légers, mais avec cyphose croissante par ostéite raréfiante du cal, et troubles trophiques.

« 4° Dans la fracture très ancienne, 43 cas. 17 abstentions dont 7 chez des individus à paraplégie complète, mais stationnaire, sans troubles trophiques inquiétants, à vessie incontinente, mais non infectée; et 10 chez des individus marchant avec des béquilles ou des cannes, à symptômes en grande partie radiculaires, mais accompagnés de dégénérations médullaires ascendantes incurables, stationnaires et non menaçantes. 17 laminectomies dont 5 chez des sujets à fracture cervico-dorsale, 5 chez des sujets à fracture dorso-lombaire présentant, outre leurs symptômes sensitivo-moteurs, des troubles trophiques récidivants, 2 chez des sujets à symptômes tardivement développés, chez qui j'ai trouvé des cals hypertrophiques intrarachidiens qui ont été réséqués; 1 chez un sujet à symptômes également retardés, chez qui j'ai enlevé un fibro-sarcome des méninges, 1 chez un sujet présentant au niveau de sa fracture de vives douleurs par compression des racines, dont j'ai pratiqué la résection intradurale. 3 redressements avec ligatures chez des sujets, 1 jeune, 2 âgés, avec cyphose progressive par ostéite raréfiante. Enfin, 9 interventions indirectes : 3 cystostomies sus-pubiennes chez des individus âgés faisant de la rétention d'urine secondaire avec infection par hypertrophie prostatique; 3 élongations des plantaires pour troubles trophiques à forme de mal perforant, 1 arthodèse tibio-tarsienne pour laxité par atrophie musculaire, 1 résection du nerf obturateur pour contracture unilatérale des adducteurs, 1 suture du fémur et élongation du sciatique pour fracture accidentelle de cet os, sans consolidation.

« Telles ont été, dans mes 147 cas, les indications suivies : la plupart sont classiques; d'autres paraîtront plus nouvelles; en tout cas leur énumération constitue une sorte de formulaire de ce qu'à mon avis doit être la thérapeutique, souvent utile, des fractures vertébrales; on m'excusera de renvoyer, pour de plus longs détails, à mon traité de diagnostic des affections médullaires chirurgicales, actuellement sous presse, chez Alcan. »

M. le Dr Amerigo-Benevento DA ROTELLO (de Campobasso). — *Deux cas d'abcès par congestion d'origine vertébrale chez de jeunes sujets, suivis de guérison.*

L'auteur présente deux observations d'abcès par congestion d'origine vertébrale avec diagnostic douteux, car d'autres confrères avaient porté les diagnostics de rhumatisme, de troubles gastro-intestinaux, de malaria, de névralgie sciatique ou crurale, et avaient institué un traitement conforme au diagnostic.

Le vrai diagnostic du premier malade était abcès ossifluent du côté externe de la cuisse gauche, dont le foyer initial était dans les premières vertèbres lombaires. L'auteur, avec l'aide du Dr Savino fils, incisa largement le sac et on s'aperçut que le pus venait du haut, et en suivant la gaine musculaire, sortait du bassin pour se faire jour derrière le col du fémur. Le résultat opératoire fut heureux.

Le diagnostic du second malade a encore été abcès par congestion à la

région lombaire gauche, diffusant à la fosse iliaque gauche, à la suite de la fonte tuberculeuse des troisième et quatrième vertèbres lombaires. Le malade a été opéré avec succès à l'hôpital Jacobacci de sa commune. Ces deux cas sont typiques de guérison complète, car depuis deux ans, pour le premier malade, et un an, pour le second, se sont écoulés après leur opération, et ces deux individus vaquent à leurs occupations de la campagne sans aucune souffrance.

L'auteur est conduit à présenter des considérations pour démontrer que l'essentiel dans ces abcès par congestion est de faire le diagnostic. Cette affection est liée le plus souvent à la tuberculose; en effet, il a eu l'occasion de faire pour le second malade l'examen microscopique et des inoculations avec un résultat positif. Ce n'est plus le cas de proclamer le *noli me tangere*; l'auteur est d'accord avec la plus grande partie des chirurgiens qui pensent, dans le plus grand nombre de cas, à recourir tout de suite à l'incision très large, plutôt qu'à faire l'aspiration même suivie de lavage avec un liquide antiseptique, car le processus morbide peut continuer, et l'abcès se reproduire. Les résultats obtenus dans les deux cas rapportés confirment l'utilité d'une intervention chirurgicale hâtive. Pour le second malade, l'auteur a fait des injections iodo-iodurées faibles dans l'abcès avec un bon résultat, et il engage ses confrères à essayer ce traitement. Quant à la cause prédisposante de l'affection, pour ces malades, on peut l'attribuer pour le premier cas à l'influenza, pour le second, au surmenage; cependant il faut admettre le plus souvent comme cause la mauvaise constitution physique du sujet, la diathèse scrofulo-tuberculeuse. L'auteur conclut qu'une série plus complète de faits cliniques donnera raison au traitement chirurgical avec drainage consécutif, plutôt qu'au traitement palliatif d'attente ou à l'aspiration. Même si on n'a pas pu établir s'il existe ou non du pus, on doit recourir au traitement chirurgical. L'incision doit être faite largement et on doit vider complètement la poche purulente.

L'intervention hâtive est recommandable pour ne pas affaiblir le malade miné par la fièvre et par la douleur. Le pronostic est presque toujours grave, et sa gravité varie suivant le point d'origine de l'abcès.

M. le Dr Jacques Joseph (de Berlin). — *a. Hypertrophie de l'oreille gauche. Réduction par opération (avec projections). b. Sur la réduction de volume du nez par opération (avec projections).*

Dès le 31 octobre 1891, M. le Dr J. Joseph rapportait à la Société de Médecine de Berlin le premier cas de réduction de l'oreille par l'opération, communément appelée : *l'opération des oreilles d'âne.*

Depuis, le Dr J. Joseph a procédé à toute une série d'autres réductions d'oreilles par opération, et entre autres, il mentionne un cas particulièrement intéressant :

« Un serrurier, aujourd'hui âgé de trente-huit ans, était possesseur, il y a deux ans, de deux oreilles différentes : la droite était normale, la gauche presque deux fois plus grande. Cette dernière, dès la naissance, était déjà plus grande que l'oreille droite; mais l'époque de sa plus forte croissance

fut entre l'âge de vingt à vingt-six ans. M. le Dr J. Joseph le présenta le 26 janvier 1898 à la Société de Médecine de Berlin, la veille de l'opération, en considération de l'intérêt tératologique de ce cas. Il y a à peu près deux ans, sur le désir de cet homme, qui, à cause de cette difformité, était constamment la risée de tout le monde, le Dr J. Joseph lui réduisit l'oreille gauche, au point qu'elle devint aussi normale que la droite, conservant, malgré l'opération, dans ce cas assez radical, sa forme absolument naturelle. »

L'opération a été exécutée de la manière suivante :

Comme dans les autres cas de réduction d'oreilles par opération, le Dr J. Joseph fit d'abord une excision cunéiforme, il est vrai, assez grande, et plus grande dans la moitié supérieure de la conque de l'oreille que dans l'inférieure; une autre excision cunéiforme du lobule, également très agrandie. Pour éviter que l'oreille ne devint trop large à sa nouvelle hauteur, le Dr J. Joseph excisa des bords de la plaie de la conque deux nouveaux lambeaux cunéiformes d'en haut et d'en bas.

Ensuite, il réunissait par la suture les bords de la plaie, et après, l'oreille entière, par l'enlèvement d'un morceau de la peau du sillon de la conque de l'oreille et du cuir chevelu; enfin, il procédait à la réunion des bords de la plaie et les adaptait exactement à la tête comme l'oreille droite.

Les cicatrices sont à peine visibles et le patient se trouve très heureux du succès de l'opération.

M. le Dr J. Joseph rapporte encore huit cas de réduction de volume du nez par opération qu'il a exécutées dans les derniers deux ans et demi, réductions opérées sur des nez parfaitement sains, mais qui, par leur grandeur et leur forme, portaient un très grand préjudice et occasionnaient de grands chagrins à leurs possesseurs.

Le premier cas, déjà communiqué le 11 mai 1898, à la Société de Médecine de Berlin, se rapportait à un rentier de vingt-huit ans, dont le nez était trop long, et surtout trop saillant; au surplus, il se trouvait chargé d'une bosse. Le nez, à la suite de l'opération, décrite avec tous les détails, est normal, saillant sur la figure d'une façon ordinaire, devenu finalement droit; les narines aussi, qui étaient avant l'opération très grandes, sont elles-mêmes d'une grandeur moyenne.

Un deuxième patient, tailleur de profession, possédait un nez, dont la moitié inférieure ressemblait d'une façon extraordinaire à un bec de canard. Un troisième cas est celui d'une jeune femme, du reste, très jolie, mais dont le nez dans sa moitié inférieure, avait grossi en forme de massue. Les ailes du nez (ptérygion), par rapport à la largeur du profil du nez, étaient petites et disproportionnées.

Le quatrième, un jeune économe, avait sur la pointe du nez une espèce de saillie rappelant une pomme de terre, et ce qu'on appelle aussi un nez de pomme.

Le cinquième, un ingénieur, était possesseur, il est vrai, d'un nez très droit, mais trop saillant et pointu : c'est ce qu'on est convenu d'appeler un nez de polichinelle.

Les sixième et septième cas se rapportent à une dame de trente ans et à

un médecin, qui, tous les deux avaient des nez trop longs et en même temps chaque nez chargé d'une bosse. La pointe du nez de la dame avait encore l'agrément d'une extension large en forme de pelle. Le nez du huitième patient, un officier en service actif, se distinguait par son énorme grandeur, mais surtout par sa vilaine forme. Au lieu de la pointe, habituellement arrondie, il était terminé par une lame oblique assez grande, presque carrée, ce qui lui donnait l'apparence parfaite d'un museau de porc.

Tous ces patients, à cause de la difformité de leurs nez, étaient très malheureux, et se trouvaient intimidés dans la fréquentation de leurs amis. M. le Dr J. Joseph, par ses réductions du nez par des opérations individuellement bien adaptées, a normalisé tous ces nez et rendu aux patients le sentiment de l'égalité (physiquement) avec leurs semblables.

La guérison suivait une marche régulière, sans incidents, et les cicatrices en forme de lignes sont à peine visibles.

Séance du Samedi 4 Aout (*Soir*).

Présidence de M. le Prof. Cecherelli (Parme).

M. le Prof. E. von Bergmann (de Berlin). — *La radiographie dans l'étude des fractures et des luxations.*

La doctrine des fractures a fait, durant ces dix dernières années, deux progrès importants : d'abord le traitement opératoire de certaines fractures simples, en vue du rapprochement exact des fragments, puis le diagnostic du foyer de fracture, et l'anatomie pathologique des lésions osseuses au moyen de la radioscopie et de la radiographie.

Il y a sans nul doute des causes locales évidentes qui entravent la consolidation des surfaces fracturées; on sait, par exemple, que l'interposition de fibres musculaires empêche la formation du cal au fémur brisé. Il n'est malheureusement pas possible de préciser assez sûrement, à l'aide des rayons de Rœntgen, l'existence de ce fait, pour autoriser une incision. Nous ne faisons que le supposer, lorsque l'image projetée sur l'écran fluorescent nous montre des surfaces déviées « dislocatio ad longitudinem » qui, au lieu de se toucher, laissent entre elles un espace qui conserve toujours la même étendue, quelle que soit la position donnée à la jambe cassée.

Il y a cependant d'autres causes locales du manque de consolidation, qu'une exploration à l'aide des rayons de Rœntgen nous montre clairement: c'est surtout le cas dans les fractures articulaires et les fractures des petits os. Il suffit de citer un exemple, savoir : la fracture de la rotule.

Malgaigne déplore déjà la fréquence des cas où ces fractures n'aboutissaient pas à une guérison et recommande, longtemps avant notre ère antiseptique, une méthode sanglante, par l'application d'un appareil à travers la peau (griffes de Malgaigne). Mais ces griffes sont un moyen beaucoup plus dangereux que l'incision et la suture des fragments avec du fil d'argent ou d'aluminium bronzé.

L'exploration des fractures récentes de la rotule, à l'aide des rayons de Rœntgen, fait découvrir trois obstacles à la guérison.

1. L'inégalité des deux fragments. Le fragment supérieur étant beaucoup plus gros que le fragment inférieur, ne s'y adapte par conséquent qu'au moyen d'une suture.

2. La rupture multiple des fragments. Outre les fragments principaux, se trouvent de petits fragments accessoires ou de petites esquilles qui se glissent dans le trait de fracture et entravent ainsi la coaptation.

3. L'un des fragments se déplace par un mouvement de rotation, de telle manière que la surface fracturée de l'autre fragment le rencontrant à sa surface extérieure, un attouchement des traits de fracture ne peut pas avoir lieu.

Tous ces divers déplacements étant visibles à l'aide des rayons de Rœntgen, on peut alors se convaincre de la nécessité d'une opération et rechercher le foyer de fracture, afin d'en écarter les obstacles mentionnés ci-dessus et réunir les fragments au moyen de fils métalliques.

L'orateur a obtenu à sa clinique, dans plus de 25 cas de ce genre, une consolidation osseuse complète.

L'opération fournit la preuve que le cal est d'une nature osseuse et non pas fibreuse; des photographies faites à l'aide des rayons de Rœntgen nous démontrent clairement ce fait et celui de la consolidation osseuse durable, ainsi que les fils métalliques enfermés dans le cal.

L'opération est la méthode générale du traitement des fractures de la rotule.

La question de l'opération est différente dans d'autres fractures, par exemple lorsqu'il s'agit de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, étude dont s'est spécialement occupé le docteur E. Gallois qui a enrichi notre science par son « Étude radiographique et expérimentale ».

Tandis que le traitement des fractures de la rotule est presque uniforme, il n'en est pas ainsi de celui des fractures de l'extrémité inférieure du radius, qui varie selon les formes de ces fractures et les déplacements des fragments.

Le professeur de Bergmann démontre, dans une série de clichés pris à la clinique chirurgicale de l'Université de Berlin, les variations les plus importantes des formes et de l'attitude de ces fractures.

Les fractures des métatarsiens et des os du tarse étaient presque entièrement inconnues avant l'invention de la radioscopie. On prenait les symptômes de ces fractures pour un gonflement inflammatoire du pied ou pour une contusion, et, en les traitant au moyen du massage, on augmentait ainsi le déplacement des fragments.

Lorsque la fracture est reconnue et précisée, il faut, au lieu de la remuer, l'immobiliser entièrement.

Le professeur de Bergmann présente également des photographies de ces fractures.

M. le Dr G. MAUNOURY (de Chartres). — *La radiographie dans l'étude des fractures et des luxations.*

La radiographie est en train de renouveler l'étude des fractures et des luxations.

On a essayé, bien en vain, d'en contester l'utilité, en invoquant les déformations que peut subir l'image radiographique suivant la position du membre, la distance du tube, et l'angle d'incidence des rayons. Les erreurs que l'on pourrait commettre sont imputables non à la méthode, mais à la mauvaise interprétation des renseignements qu'elle fournit. Pour les éviter, il serait désirable d'apporter plus de précision dans les examens, et d'indiquer sur les clichés certaines données et notamment le point où la verticale abaissée du focus sur la plaque rencontre cette plaque.

FRACTURES. — *Fractures simples.* — Le rôle de la radiographie dans l'étude des fractures doit être considéré dans le diagnostic et dans le traitement.

Dans le *diagnostic*, la radiographie rend des services incomparables en nous indiquant le nombre des fragments, leur forme, leur position; leur chevauchement qui, lorsque l'épreuve est bien prise, répond d'une manière suffisamment exacte au raccourcissement du membre, leur déplacement en divers sens, la situation des esquilles.

Pour avoir une connaissance précise de la disposition d'une fracture, il est nécessaire de la radiographier sous deux angles différents. Généralement on la prend de face (plan frontal) et de profil (plan sagittal). Il n'y a rien d'absolu à cet égard, et chaque fracture peut exiger une position spéciale du tube. Très exceptionnellement une fracture peut ne pas être aperçue, même en examinant l'os dans différentes directions.

La stéréoscopie nous renseigne également très bien sur la position des fragments.

Le diagnostic clinique des fractures garde toute sa valeur, mais la radiographie le complète toujours très heureusement en le précisant; elle peut même lui donner un caractère de certitude, alors que la complexité des lésions ou un gonflement considérable des parties molles le laisseraient douteux, enfin, elle le rend moins douloureux en réduisant au minimum les manœuvres exploratrices portant sur le foyer de la fracture.

La radiographie est utile dans toutes les fractures; parmi celles dans lesquelles son rôle a été plus particulièrement important, nous signalerons : les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus qui expliquent si souvent les raideurs et les ankyloses attribuées à une périarthrite; les fractures de l'extrémité inférieure du radius, qui s'accompagnent fréquemment de lésions du carpe; les fractures de jambe, et notamment celles qui intéressent l'articulation tibio-tarsienne, dans ces dernières, la radiographie est seule capable de nous renseigner exactement sur les rapports de l'astragale avec la mortaise tibio-péronière, élément capital dans le pronostic et le traitement de ces fractures; les fractures de l'astragale, qui étaient, il y a quelques années, considérées à tort comme très rares; enfin, les fractures des métatarsiens qui constituent la lésion anatomique d'une affection que les médecins militaires connaissent bien, mais sur la pathogénie de laquelle on discutait depuis longtemps sans en soupçonner la véritable nature.

La *formation* du cal est très intéressante à étudier avec la radiographie. La première période échappe, mais au bout d'une douzaine de jours on voit apparaître à l'extrémité des fragments un léger nuage qui devient de

plus en plus foncé. Si les fragments sont bien coaptés, le cal forme au niveau du trait de fracture une masse globuleuse diffuse qui peu à peu se transforme en gaine fusiforme bien limitée, faisant corps avec le tissu compact. S'il existe un léger chevauchement, le dépôt nuageux ferme sur chaque fragment le canal médullaire et constitue une couche épaisse au niveau du contact latéral des fragments. Si le chevauchement est très étendu, ce cal interfragmentaire latéral ne s'étendra pas sur toute la hauteur de la ligne de contact, mais ne se produira qu'au niveau d'une des extrémités fracturées qui semblera prendre une part prépondérante au travail de consolidation osseuse.

La durée de la formation du cal définitif est variable; elle paraît d'autant plus longue que les os sont plus volumineux.

Dans certains cas, notamment dans les fractures obliques du tibia, le cal peut rester longtemps invisible, alors même que la consolidation paraît complète.

La radiographie nous fait apercevoir sur le vivant toutes les variétés de cal étudiées par l'anatomie pathologique et nous montre comment certains cals peuvent simuler la coaptation parfaite de deux fragments pourtant fort mal réduits. Elle nous fait voir que chez l'enfant le travail de consolidation osseuse, au lieu de se limiter, comme chez l'adulte, au voisinage immédiat du trait de fracture, s'étend fort loin sur les fragments. Enfin, elle nous permet de mieux étudier l'architecture intime du cal.

La radiographie n'est pas moins utile dans le *traitement* que dans le diagnostic. Grâce à elle on réduit mieux les fractures, et l'on voit jusqu'à quel point cette réduction est possible; il est facile de surveiller la position des fragments et de la rectifier au besoin pendant le travail de consolidation; enfin, quand le blessé peut être considéré comme guéri, nous savons à quoi nous en tenir sur le résultat obtenu. Nous nous rendons mieux compte de l'action des différents appareils : appareils à attelles, appareils inamovibles, appareils à extension continue. La radiographie a montré que s'ils sont souvent très efficaces, ils sont loin de toujours donner des résultats anatomiques parfaits; heureusement la perfection de la forme n'est pas indispensable pour que le rétablissement de la fonction soit satisfaisant. La radiographie nous dit encore dans quels cas il y a lieu de pratiquer la suture osseuse. C'est surtout dans les fractures communiquant avec une articulation que son intervention est précieuse; nous signalerons à ce point de vue les fractures du coude et celles du cou-de-pied. La radiographie nous permettra de voir si la réduction a suffisamment rétabli les rapports des surfaces articulaires entre elles. Si, au lieu d'une fracture articulaire récente, il s'agit d'une fracture ancienne, son rôle est encore plus important, car elle seule peut préciser la position des os, leurs déformations, indiquer quelle opération il y a lieu de faire, dans quelle direction il faudra sectionner les os, lesquels il faudra enlever, etc.

Enfin, la radiographie guidera notre intervention dans le traitement de certains cals vicieux, cals avec saillies anormales, cals déformés, cals avec séquestres, etc.

Fractures compliquées. — La radiographie simplifie beaucoup l'intervention sanglante qui est ici fréquemment indiquée; elle évite les tâtonnements dans la recherche des esquilles et en cas de suture osseuse, fait savoir d'avance si et comment il faudra scier les fragments. S'il s'agit d'une fracture articulaire, elle montre s'il est préférable de conserver ou de réséquer. Enfin, dans les fractures par armes à feu, elle est une auxiliaire incomparable en révélant la présence des corps étrangers.

Luxations. — Elles ont beaucoup moins bénéficié que les fractures de la découverte de Rœntgen. Cependant un certain nombre de luxations méconnues ont été diagnostiquées par la radiographie. Malheureusement elle ne nous donne aucun renseignement sur les causes les plus fréquentes d'irréductibilité qui résident surtout dans les parties molles.

Dans les luxations anciennes, la radiographie nous fait voir les productions osseuses de nouvelle formation qui s'opposent à la réduction. Elle nous fait, en outre, assister à la production des néarthroses.

Enfin, la radiographie a permis de mieux étudier et de mieux traiter les luxations congénitales de la hanche. Elle donne également des renseignements intéressants sur les luxations survenues dans la coxalgie.

M. le Dr Levchine (de Moscou) prend part à la discussion. — Il rapporte un cas de fracture qui a été examiné à l'aide de la radiographie.

M. le Dr Tuffier (de Paris). — *Réduction des fractures par la radiographie. — Influence des appareils sur cette réduction.*

« Les études que je poursuis depuis dix-huit mois sur la réduction des fractures, contrôlée par la radiographie, études qui portent actuellement sur plus de 200 fractures, m'ont conduit à ces résultats.

« Nos appareils réduisent incomplètement les fractures : ils ont une action sur la direction des deux fragments, ils n'en ont aucune sur la coaptation exacte de ces fragments. Pour le démontrer, il n'y a qu'à prendre deux épreuves, à huit jours d'intervalle, d'une fracture soumise à l'extension continue ou plus simplement, à examiner les cals des fractures; toutes les fois qu'un cal est volumineux, c'est que les os ne sont pas en contact.

« La coaptation parfaite n'est d'ailleurs pas indispensable au bon fonctionnement du membre; la bonne direction des fragments est plus importante que la coaptation pour éviter les troubles fonctionnels. Malgré cela il est certain que pour les fractures de jambe les résultats définitifs sont loin d'être parfaits.

« J'ai étudié alors les résultats de la nature des fragments diaphysaires après ouverture du foyer de la fracture; c'est là surtout que j'ai pu me rendre compte des désordres qui s'opposent à la réduction : esquilles libres, interpositions fibreuses ou musculaires entre les fragments, implantations des fragments dans les masses musculaires, etc.

« Aussi ai-je fait construire par M. Collin des instruments spéciaux, daviers, tracteurs et contracteurs, qui m'ont permis d'obtenir la réduction du chevauchement, c'est-à-dire la coaptation des fragments et de l'assurer

par la suture, ce déplacement suivant la direction ne pouvant toujours être empêché que par l'appareil inamovible; ces résultats ont encore été contrôlés par la radiographie.

« Je ne veux pas traiter ici des fractures épiphysaires, cependant je crois que là aussi, au moins pour le coude et pour le genou, l'avenir est à la suture. Quant à la réduction de ces fractures épiphysaires et à leur maintien par les appareils, elle est à peu près impossible et heureusement, car si l'appareil exerçait sur les fragments la pression nécessaire à la coaptation, la peau et les parties molles seraient gangrenées bien avant la consolidation des fractures. »

M. le Dr DESTOT (de Lyon). — *Les fractures méconnues et la radiographie.*

M. Destot montre l'utilité de la radiographie pour décéler des fractures qui passaient souvent inaperçues. Il s'occupe des fractures des métatarsiens, remarque que l'on trouve le pied forcé aussi bien chez les civils que chez les militaires. Il passe aux fractures simples du calcaneum et montre deux figures; dans l'une, le fragment s'en va en arrière et s'accole au tendon d'Achille, dans l'autre, on voit les fragments se porter en avant du tibia. Puis il étudie d'autres fractures de l'astragale qu'il divise en trois types, type malléolaire, type calcanéen, type scaphoïdien, le plus rare et le plus difficile à guérir. Il montre une fracture portant sur le condyle interne du tibia, parle d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur qui s'était produite chez un enfant au maillot à la suite d'une chute; le diagnostic avait erré consécutivement entre une coxalgie et une luxation de la hanche.

Si, pour le bassin, les fractures par enfoncement sont sans importance chez les adultes, chez les fillettes il n'en est plus de même; elles peuvent devenir une cause de dystocie et M. Destot en rapporte un exemple. Il passe aux fissures qu'a décelées la radiographie et il les divise en deux types : les unes perpendiculaires à l'axe de l'os (un cas du tibia), les autres parallèles à cet axe. Il termine par les entorses juxta-épiphysaires que les rayons de Rœntgen ont permis de distinguer. Toutes ces observations étaient des fractures méconnues que la radiographie affirma.

M. le Dr LOISON (de Paris). — *Des indications fournies par la radiographie dans les traumatismes articulaires et juxta-articulaires.*

L'auteur présente une série de radiographies les plus diverses, destinées surtout à montrer l'utilité de la radiographie pour le diagnostic exact des lésions — fractures et luxations — produites par les traumatismes articulaires et juxta-articulaires.

M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Quelles sont les fractures qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation? Résultats de ce traitement.*

« Le traitement des fractures par le massage et la mobilisation, c'est l'application *précoce* du mouvement au membre traumatisé. Il ne faut pas le confondre avec l'emploi *secondaire* du massage pour faire disparaître

l'enraidissement des membres, traitement ancien, ni avec un massage banal dont la violence déterminerait des douleurs et même des accidents.

« Pour empêcher cette confusion aux dépens de la méthode, on pourrait caractériser celle-ci par un mot : le *glucokinésis*.

« Ce traitement consiste dans l'application du mouvement méthodique dès l'*époque la plus rapprochée* de l'accident qui a amené la fracture.

« Ce mouvement doit être *méthodique* et *dosé*. Le massage très doux et très progressif jusqu'au voisinage du foyer de fracture, sans action directe sur celui-ci, est un moyen de l'application de ce mouvement, qui peut cependant, en certaines circonstances, être appliqué sans massage.

« Cette méthode s'appuie sur des principes nouveaux. *L'immobilisation absolue est moins favorable à la réparation de l'os qu'une certaine dose de mouvements*. Cette dose de mouvements est, à plus forte raison, favorable à la réparation des parties molles.

« J'ai commencé par supprimer l'immobilisation dans le traitement de bon nombre de fractures (Société de Chirurgie, 1879 et 1880).

« Puis j'ai appliqué la méthode, avec et sans massage, à toutes les variétés de fractures, en commençant par les fractures articulaires. Si le massage et la mobilisation sont appliqués dès le début, la *réparation* osseuse est plus rapide et plus solide.

« La *douleur* disparait très promptement, et cette disparition est le critérium d'un bon massage et d'une bonne mobilisation. La persistance de la douleur indique que la méthode n'est pas appliquée.

« La *contracture* disparait rapidement, et cette disparition joue un rôle capital dans la guérison de certaines déformations (olécrane, clavicule, épaule, etc.). Aucun traitement n'a pu lutter contre la contracture comme celui-ci.

« La *résorption* du sang et des liquides épanchés est bien plus rapide que pour les membres immobilisés.

« La *vitalité* de la peau est conservée.

« Les *réflexes nutritifs* assurent la conservation et la réparation des muscles et des nerfs sans atrophie.

« La *souplesse* des membres est conservée et, le traitement terminé, le sujet n'a plus besoin d'un traitement secondaire comme après l'application.

« Une des raisons qui peuvent encourager à supprimer les appareils, c'est la constatation faite que ceux-ci n'empêchent pas d'importantes déformations qui ne gênent pas pour la fonction. La radiographie est venue confirmer cette notion et montre qu'en dehors des déviations d'axe il existe des déformations plus marquées qu'on ne le croyait et compatibles avec une bonne fonction.

« Sur les animaux, des faits confirmatifs de ceux de la pathologie humaine ont été observés.

« Il ne faut pas confondre la méthode avec l'abandon pur et simple des appareils et le retour à la fonction. Ce traitement est plus difficile à appliquer que le traitement banal par les appareils inamovibles, mais il donne des résultats qu'on ne saurait comparer.

« Certaines variétés de fractures peuvent *être toujours mobilisées et massées avec suppression de tout appareil* d'immobilisation proprement dit, par exemple :

« Toutes les fractures de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure.

« A la partie supérieure jusqu'à l'insertion du deltoïde.

« A la partie inférieure, à quatre travers de doigts de l'article.

« Coude. Toutes les fractures et surtout les fractures de l'olécrane (je n'ai pas eu l'occasion de suturer une seule fracture de l'olécrane).

« Toutes les fractures du radius au poignet qui ne comportent pas un transport considérable de la main en arrière.

« Toutes les fractures de la clavicule à peu près.

« Toutes les fractures du péroné à la partie inférieure sans menace de déviation de l'axe du pied.

« Toutes les fractures bimalléolaires sans tendance à la déviation latérale ou postérieure.

« Au genou, les fractures du fémur sans déplacement et les fractures du plateau du tibia.

« Toutes les fractures de l'omoplate.

« *Certaines* fractures peuvent être encore traitées sans appareils, mais *exceptionnellement.*

« Fractures de l'humérus à la partie moyenne sans déplacement, fractures des deux os de la jambe sans déplacement, certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

« En dehors de ces cas, on peut encore, en combinant les appareils, le massage et la mobilisation immédiate, obtenir des résultats. Mais ils sont moins frappants et moins complets que les cas précédents qui comportent la suppression des appareils proprement dits, remplacés par des moyens de protection sans contention vraie.

« Dans un certain nombre de cas, la *mobilisation* peut être faite *sans massage.* C'est la pratique qu'il faut suivre chez les jeunes enfants qui auraient tendance à faire du cal exubérant, et chez certains vieillards dont les veines sont douteuses.

« Chez les enfants, la mobilisation simple pour le poignet, pour l'épaule, pour le coude, donnera les résultats les plus satisfaisants.

« Chez le vieillard, j'ai laissé la fracture du col du fémur à la mobilisation et j'ai appliqué le massage à toutes les autres fractures.

« Dans les cinq années qui viennent de s'écouler, le Dr Dagron, mon assistant pour le traitement des fractures et le massage à l'Hôtel-Dieu, a traité un nombre considérable de traumatismes. Voici l'indication des fractures traitées régulièrement.

« Péroné, 65 cas, massage presque exclusivement sans appareil d'immobilisation.

« Jambe, 90 cas, ainsi répartis :

« Épiphyse supérieure, 10 cas (sans appareil).

« Région moyenne 38, sauf 2 cas, combinaison d'appareils et de massage.

« Bimalléollaires, pour la plupart sans appareil avec mobilisation et massage.

« Fémur, 6 cas (massage complémentaire).

« Omoplate, 3 cas (massage exclusif).

« Humérus, 60 cas.

« Clavicule, 64 cas (massage exclusif, sans appareil).

« 40 extrémité supérieure (sans appareil, massage exclusif).

« 8 extrémité inférieure (massage exclusif, sans appareil).

« 12 région moyenne, combinaison d'appareil et de massage, sauf trois cas traités par le massage sans appareil.

« Olécrane, 20 cas (massage exclusif, avec mobilisation sans appareil).

« Avant-bras et cubitus, 22 cas (combinaisons diverses d'appareils et de mobilisation).

« Radius, 124 cas, traités à peu près exclusivement par le massage et la mobilisation sans appareil.

« Os de la main et du pied, 7 cas, traitement par le massage et la mobilisation sans appareil. »

M. le Dr Thiéry (de Paris). — *La suture osseuse dans le traitement des fractures, celle de jambe en particulier.*

Après avoir depuis longtemps remarqué les mauvais résultats donnés par les appareils, quels qu'ils soient, dans le traitement des fractures des os longs, M. Thiéry déclare que l'avènement de la radiographie est encore venu confirmer ses constatations.

Il rappelle les récents débats sur l'exactitude des images radiographiques, et reste convaincu que la radiographie, qui montre sans difformités un os sain, ou une fracture traitée par la suture osseuse, donne au moins une approximation suffisante pour permettre d'affirmer que les procédés de traitement par les appareils sont incertains et insuffisants, encore qu'un cal vicieux soit compatible avec un fonctionnement convenable.

Le chirurgien doit, d'après lui, être moins indulgent, et la *restitutio ad integrum* de la tige osseuse et de la fonction du membre, sans qu'il soit besoin d'une adaptation nouvelle, doit être le but qu'il se propose.

Or, le seul moyen d'atteindre ce but est, jusqu'ici, la suture osseuse, qui donne des résultats parfaits. Cette opération, qu'on admet couramment pour la fracture du maxillaire inférieur, de la rotule, de l'olécrane, et les fractures compliquées, doit être étendue à toutes les fractures des os longs, lorsqu'il y a déplacement ou chevauchement. D'ailleurs, avec les ressources de la chirurgie actuelle, une incision permettant d'arriver jusqu'au foyer de la fracture ne peut être considérée comme une complication du traitement.

Dans la plupart des cas, l'acte opératoire est d'une assez grande simplicité, mais il exige parfois le déploiement d'une force considérable, même en agissant directement sur les extrémités osseuses, et pendant la résolution chloroformique.

Malgré tout, M. Thiéry ne se dissimule pas que, si excellente qu'elle soit,

cette conduite sera, pendant quelque temps, difficile à faire adopter, comme contraire aux errements de l'ancienne chirurgie, et il conclut :

La suture osseuse est d'une innocuité absolue; elle constitue le traitement de choix des fractures simples des os longs, avec chevauchement; c'est le seul procédé efficace pour obtenir et maintenir une coaptation idéale des fragments.

M. le Dr Ollier (de Lyon). — *Démonstration de l'ostéogénèse chirurgicale par la radiographie. Nouveaux documents sur la structure des néarthroses et l'organisation des extrémités reproduites après les résections articulaires.*

L'auteur, en constatant les résultats merveilleux fournis par la radiographie en pathologie et en chirurgie osseuses, ne peut que regretter qu'elle n'ait pas été inventée plutôt, car elle lui aurait épargné beaucoup de temps et beaucoup de peine. Lors de ses recherches sur la régénération des os et la reproduction des extrémités osseuses après les résections articulaires, M. Ollier a toujours été obligé, en effet, de se contenter des résultats fournis par l'expérimentation sur l'animal, résultats qui, par cela même, étaient contestés, comme pouvant fort bien ne pas être reportables à l'homme. Or, dès la découverte de Rœntgen, M. Ollier n'a pas manqué d'appliquer la nouvelle méthode d'investigation à l'étude de la structure des néarthroses qui se forment à la suite des résections sous-périostées. Il a pu ainsi suivre pas à pas l'évolution du processus réparateur et préciser les formes, les dimensions et les rapports des extrémités articulaires de nouvelle formation. Les radiographies variées qu'il présente montrent bien cette réorganisation des extrémités osseuses après la résection.

M. le Dr Mendizabal (Mexico). — *Présentation de l'appareil de Perez pour l'immobilisation des fractures de la clavicule.*

L'appareil de M. Perez est composé d'une véritable ceinture avec bretelles destinées à la réduction et à la contention.

Séance du Lundi 6 Aout (*Matin*).

Présidence de M. le Prof. Tillaux.

M. le Dr Gluck (Berlin). — *Appareil phonétique après extirpation du larynx.*

« Cet appareil est composé : 1° d'une canule trachéale externe; 2° ensuite d'une canule externe qui porte une soupape (une espèce de languette); lorsque l'individu inspire, la languette s'ouvre, l'extirpation ferme la languette, et alors le courant d'air passe par l'appareil phonétique qui se trouve dans un court tuyau correspondant à la face supérieure de la canule interne; l'appareil résonne alors et le son est conduit dans un tube en caoutchouc mou dont on peut tenir le bout périphérique au devant des lèvres, ou bien entre les dents, ensuite par une brèche le long de la voûte du palais avec une prothèse, ou bien introduit par le nez dans le pharynx. Du moment où l'individu fait résonner par son courant d'air expirateur l'appareil et

fait en même temps des mouvements d'articulation, de manière à ce que l'articulation corresponde au son de l'appareil, le faible chuchotement de l'articulation se transforme en une voix haute et claire.

« Parmi mes malades guéris, j'ai de vrais artistes qui parlent admirablement bien; même un malade auquel la langue entière a été extirpée ainsi que l'épiglotte et l'os hyoïde, auquel est réséqué le plafond de la bouche, parle avec mon appareil à haute voix, il émet même des mots dont la prononciation nous paraît impossible sans langue.

« En parlant avec le tube de l'appareil devant les lèvres, l'articulation se trouve derrière la phonation, donc en sens inverse de l'ordinaire. »

MM. les Drs Mignon et Sieur (de Paris). — *De la périépididymite variqueuse.* La périépididymite consécutive au varicocèle de la queue de l'épididyme siège à l'origine du groupe veineux postérieur du cordon spermatique et se présente sous la forme d'une tumeur arrondie ou fusiforme qui entoure la naissance du canal déférent, et la queue de l'épididyme remonte plus ou moins haut le long du corps de ce dernier sans jamais empiéter sur la tête de cet organe.

De consistance élastique, parfois même mollasse, la tumeur peut acquérir une dureté très grande. Soumise à l'influence des poussées congestives, parfois très pénibles pour les malades, elle varie très notablement de volume. C'est ainsi que certains sujets sont amenés à constater la présence d'une tuméfaction ayant parfois le volume du pouce, à la suite d'excitations génésiques non suivies du coït ou à la suite de marches ou d'une station debout prolongée. Dans l'intervalle de ces crises ou à la suite d'un traitement approprié tout paraît rentrer dans l'ordre et c'est à peine si l'on trouve, du moins au début, un petit nodule induré quelque peu sensible à la pression. A la longue, cependant, l'inflammation s'organise, elle gagne la moitié inférieure du canal déférent, retentit sur la vaginale qui traduit son irritation par l'apparition d'une petite hydrocèle ou d'un épaississement fibreux, et la masse finit par prendre un volume et une forme arrondie qui le fait ressembler à un deuxième testicule. Ce dernier organe ne reste pas insensible à ce qui se passe dans son voisinage; son volume paraît plus faible que normalement et sa consistance est diminuée. Toutefois, chez les sujets jeunes, la fonction génitale demeure intacte.

La tumeur se développe dans les capillaires veineux qui prennent naissance dans la partie inférieure du testicule et la moitié inférieure de l'épididyme. Sitôt après leur sortie de la glande, ces veines se disposent en une sorte de chevelu qui entoure la terminaison de l'épididyme et l'origine du canal déférent. Ces troncs veineux sont tortueux et il est vraisemblable que leur aspect cirsoïde, joint à leur situation déclive, joue un certain rôle dans l'évolution de l'affection.

Examinée sur une coupe, la tuméfaction se présente sous l'aspect d'un tissu caverneux formé par des veines dilatées, béantes, unies entre elles par des tractus conjonctifs d'autant plus nombreux que l'affection est plus ancienne. Au centre se trouve la terminaison de l'épididyme et l'origine du

canal déférent. Dans la plupart des cas, ces deux organes paraissent sains.

Arrivée à son dernier degré, l'affection pourrait être confondue avec l'épididymite tuberculeuse, mais sa localisation, l'intégrité du cordon et de la prostate, l'absence de tout antécédent personnel ou héréditaire et enfin la variabilité toute spéciale de la tumeur, jointe à sa nature fibreuse permettront la plupart du temps de la reconnaître.

Comme elle ne produit, du moins à ses débuts, qu'une gêne fonctionnelle peu considérable, il suffit de la traiter par le repos, le port d'un suspensoir bien serré et d'éviter avec soin toute excitation génésique ou de stase sanguine dans les veines du cordon. A cet égard, si l'affection coïncide avec un varicocèle volumineux il sera bon d'appliquer à ce dernier un traitement convenable.

Enfin, quand des poussées simplement congestives font suite à des accidents inflammatoires, il faut recourir aux grands bains et à l'enveloppement humide des parties.

M. le Dr MAUCLAIRE (de Paris). — *Résultats éloignés du traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique.*

« Depuis la publication de mon premier mémoire, en avril dernier, dans les *Annales génito-urinaires*, j'ai fait plusieurs nouvelles ligatures en masse de tout le cordon pour traiter la tuberculose épididymo-testiculaire. Des dix-huit observations que je pourrais rapporter, je déduis les conclusions suivantes :

« Les résultats éloignés peuvent schématiquement être divisés en bons, satisfaisants et mauvais.

« Les bons résultats, c'est-à-dire l'atrophie pure et simple de toute la masse génitale infectée s'obtiennent surtout quand la tuberculose n'est pas fistuleuse ou suppurée. Dans trois cas de ce genre, le testicule et l'épididyme malades ont diminué de volume ; ils deviennent durs, insensibles, et ce dernier caractère seul différencie le testicule malade du testicule sain. Dans deux cas, les lésions prostatiques ont nettement rétrocédé.

« Les résultats satisfaisants sont ceux dans lesquels l'atrophie survient lentement ; une fistule se produit et au bout de quatre mois la guérison est complète.

« Dans un tiers des cas les résultats sont peu satisfaisants, parce que le testicule et l'épididyme largement suppurés continuent à infecter la vaginale et surtout les hématomes qui se produisent facilement dans la région scrotale. Ces fistules durent longtemps et nécessitent des interventions secondaires.

« Quoi qu'il en soit, étant donné que dans les cas de tuberculose non suppurés les résultats sont satisfaisants, la ligature du cordon doit prendre place parmi les méthodes conservatrices de traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire.

« Ces résultats sont basés sur dix-sept observations ; la technique opératoire est très simple ; incision très petite des bourses pour éviter les hématomes, ligature des éléments du cordon, et section entre deux ligatures sans dilacération. »

M. le Dr CARLIER (de Lille). — *Résultats de la résection du cordon spermatique.*

La résection de tous les éléments du cordon spermatique, pratiquée aseptiquement, ne provoque pas la gangrène du testicule. C'est grâce aux anastomoses des artères du cordon avec la circulation artérielle des bourses que le testicule ne se nécrose pas. L'atrophie de l'organe ne survient pas fatalement, du moins chez les individus ayant dépassé la cinquantaine, après la section de tous les éléments du cordon. Elle est parfois insignifiante après deux années d'observation.

Ces résultats sont en contradiction avec l'atrophie testiculaire qui survient parfois si rapidement chez les hommes jeunes, opérés pour un varicocèle ou une hernie et chez lesquels on a involontairement lié ou sectionné l'artère spermatique. Peut-être pourrait-on invoquer dans ces cas, par analogie avec ce qui a lieu chez le chien, l'absence ou l'insuffisance de la circulation collatérale dans le jeune âge, d'où la nécessité de l'entretien pour la vie intégrale du testicule jeune, d'une irrigation artérielle plus complète qu'à l'âge avancé.

Ces résultats sont confirmés par cinq malades.

M. le Dr G. NANU (Bucarest). — *La torsion du cordon spermatique.*

On connaît la torsion du cordon spermatique; les observations de cet accident sont rares et c'est à peine si on en fait mention dans les traités classiques. L'auteur en rapporte un exemple : chez un malade il a pratiqué la castration et vérifié le diagnostic.

Ce qu'il y a à noter de particulier dans ce cas, c'est la difficulté du diagnostic, la répétition de l'accident et l'absence de toute anomalie de la glande, qui dans les cas antérieurement publiés, a été trouvée presque toujours en ectopie inguinale.

Cependant, la cause prédisposante de la torsion du cordon doit être recherchée dans un arrêt de développement.

En effet, l'auteur croit qu'il y a une disposition anatomique qui donnerait une mobilité anormale à la glande autour de son pédicule et favoriserait la torsion. Cette disposition tient à la manière de se continuer des deux feuillets séreux et pariétal de la vaginale. Peut-être celui-ci remonte-t-il trop haut sur le cordon chez quelques personnes.

M. le Dr Jacob FRANK (de Chicago). — *Sur l'anastomose vésico-rectale.*

« En 1898, je fis une série d'expériences consistant en implantations unilatérales et bilatérales des urètres dans l'intestin, ayant pour but spécial d'étudier les conditions bactériologiques et histologiques des reins. Les résultats de ces expériences étaient identiques à ceux obtenus par mes prédécesseurs. Dans tous les cas une infection ascendante des reins avait lieu. L'idée me vint d'anastomoser la vessie directement au rectum, afin d'observer s'il serait possible d'éviter l'infection des reins. Après plusieurs opérations sur des chiens j'ai réussi à obtenir ce résultat. Quelques animaux furent tués après plusieurs mois, et les reins furent trouvés dans leur état normal. L'opération est faite en employant mon accoupleur en os décalcifié

dont une description a déjà paru dans la *Berliner medicinische Wochenschrift*, en 1897, et dans le *New-York medical Record*, en 1896.

« L'incision est faite dans l'aine sur le chien, et sur la ligne médiane pour la chienne; si la vessie se trouve distendue, on la presse doucement entre les mains, et l'urine s'échappe par le canal naturel.

« Le rectum lavé est délivré de son contenu comme dans les opérations intestinales; la vessie et le rectum sont avancés l'un vers l'autre et mis en position pour l'anastomose; deux ou trois sutures de Lembert interrompues sont posées à environ 3 ou 4 centimètres au-dessous des incisions faites dans la vessie et le rectum, en observant l'entrée de l'accoupleur sans gêner l'ouverture des uretères.

« Une incision longitudinale est faite dans la vessie, assez grande pour l'accoupleur choisi; un fil est passé en forme de couture autour de la dite incision; on procède absolument de la même façon pour le rectum, l'extrémité des fils devant être placée en haut afin de pouvoir les nouer plus facilement; l'opérateur introduit l'accoupleur dans l'ouverture de la vessie en écartant doucement les bords, tandis qu'un assistant serre le fil contre le tube en caoutchouc jusqu'à ce qu'il y ait parfaite adhérence. Un autre nœud est fait et les bouts des fils coupés court; l'autre moitié de l'accoupleur est glissée dans l'ouverture rectale et l'on procède de la même façon que pour la vessie; plusieurs sutures de Lembert interrompues sont faites autour des bords pour plus de sûreté.

« De 15 chiens opérés, 6 moururent; dans les trois premières expériences la méthode opératoire, encore imparfaite, contribua à l'insuccès, et beaucoup de travail inutile fut fait.

« Pendant la première semaine qui suivit l'opération, les chiens éprouvèrent des souffrances, une élévation de température se produisit, l'évacuation des urines et matières fécales devint plus fréquente, mais une amélioration survint, et l'évacuation eut bientôt repris son cours normal.

« Au début les chiens cherchèrent à uriner suivant le mode habituel, et devant l'inutilité de leurs efforts prirent d'eux-mêmes la position accroupie pour l'accomplissement de cette fonction.

« Les matières fécales, délayées par l'urine, étaient rejetées sous la forme liquide. »

L'opinion de l'auteur est que cette opération ne sera pas seulement utile dans les cas d' « ectopia vesicæ », mais aussi dans les cas où une ouverture sus-pubienne ou périnéale serait nécessaire, afin de permettre un écoulement régulier et permanent de l'urine.

M. le Dr H. Delagénière (Le Mans). — *Exstrophie de la vessie guérie par la méthode de Trendelenburg.*

Présentation du malade. — « La méthode de Trendelenburg, pourtant si logique, n'a guère donné que des déboires, même entre les mains les plus expérimentées. Pour ce qui nous concerne, nous n'avions eu que des insuccès, non seulement chez nos opérés, mais aussi chez ceux de nos Maîtres les plus autorisés. Nous commencions donc à douter de la réalisa-

tion des espérances de Trendelenburg, lorsque le fait suivant est venu changer notre manière de voir. Il s'agit d'un enfant de onze ans, atteint d'exstrophie de la vessie, et qui avait subi, sans succès, plusieurs opérations dans son enfance. Nous avons opéré ce malade d'après la méthode de Trendelenburg; nous avons été obligé de faire 7 opérations complémentaires; mais, ainsi que vous pouvez le constater, nous avons radicalement guéri notre malade. Non seulement il est continent, mais son sphincter fonctionne parfaitement. »

M. le Dr Girard (de Berne). — *Sur la cure radicale de la hernie inguinale.*

« Pour les hernies inguinales de petit ou de moyen volume, la plupart des procédés recommandés par les divers auteurs fournissent des résultats favorables. Mais lorsqu'il s'agit de grosses hernies où le canal inguinal est effacé et ne forme plus guère qu'une grande ouverture, comme aussi dans la plupart des hernies directes un peu volumineuses, il est difficile d'obtenir une fermeture résistante, assurant l'opéré contre les récidives. J'emploie depuis huit ans la méthode suivante, qui est une modification du procédé de Bassini : 1° Incision de l'aponévrose du grand oblique à partir du sommet de l'anneau externe, de manière à ouvrir tout le canal, s'il existe encore, et à environ 4 centimètres de l'arcade de Fallope; 2° extirpation et fermeture du sac après traitement de son contenu, suivant les indications; réduction du moignon du sac; 3° suture des bords du petit oblique et du transverse, comme d'après Bassini, à la face supérieure de l'arcade de Fallope; 4° imbrication des deux lambeaux de l'aponévrose du grand oblique sur environ 4 centimètres de largeur, suivant les cas, en superposant le supérieur à l'intérieur ou *vice versa*.

« Le bord supérieur est suturé sur l'arcade de Fallope, l'inférieure à la base du lambeau supérieur.

« J'ai 543 cas d'opérations par ce procédé qui m'a permis d'attaquer les plus grosses hernies.

« Je n'ai constaté jusqu'à présent que 8 récidives, dont 4 consécutives à une suppuration de la plaie. »

M. le Dr Phelps (de New-York). — *Opérations pour hernies.*

« Depuis 1892, j'ai opéré 216 hernies, dont 46 récidivées. Après avoir employé la méthode de Bassini, celle de Mac Burney et d'autres encore, je ferme maintenant toutes les hernies inguinales avec du fil d'argent, d'après un procédé personnel. Pour éviter les récidives des hernies après la cure radicale, il faut avant tout empêcher la rétraction de la cicatrice, qui entraine le péritoine et produit la récidive; dans ce but, je fais, comme pour une laparotomie ordinaire, une suture continue avec du fil d'argent très mince, qui s'enkyste et que le malade garde toute sa vie. La ligature du sac, comme on la pratique en général, crée un infundibulum qui prédispose à la récidive; je suis convaincu qu'il faut renoncer à cette ligature, et transformer l'opération herniaire en une vulgaire laparotomie. J'oblitère entièrement le canal inguinal, amenant le cordon au-dessous de la peau.

J'obtiens ainsi un résultat excellent et je crois que par mon procédé le chirurgien peut promettre au malade une cure radicale et définitive. A mon avis, le fil d'argent doit être préféré au catgut, au tendon de kanguroo et à tous autres fils résorbables; l'emploi de la soie doit également être rejeté, à cause des dangers d'infection qu'elle crée, tandis que le fil d'argent, trempé dans de l'alcool après avoir été chauffé à blanc, est parfaitement stérilisé et ne fait courir aucun risque d'infection. Sur 216 opérations, j'ai eu 16 suppurations. Dans le cas où cet incident se produit, il n'y a pas lieu d'enlever le fil d'argent; il suffit d'ouvrir la plaie, de curetter la partie infectée et de laver la plaie avec du phénol pur, puis avec de l'alcool qui est l'antidote parfait des effets corrosifs du phénol; dans tous les cas où j'ai agi ainsi, je n'ai pas constaté un seul insuccès, et la cicatrisation s'est achevée normalement. »

M. le Dr Ed. Schwartz (de Paris). — *Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies inguinales et crurales par le procédé de la myoplastie.*

« Nous avons communiqué en 1893, au Congrès français de Chirurgie, un nouveau procédé de cure radicale des hernies crurales et inguinales par la myoplastie (Séance du 7 avril, p. 689, 1893). Rappelons en quelques mots la manière de faire pour la hernie inguinale, puis pour la hernie crurale.

« *Myoplastie inguinale.* — Après la résection du sac et sa ligature le plus haut possible, incision de la gaine du droit antérieur de l'abdomen; formation d'un lambeau musculaire à pédicule inférieur, qui est insinué à travers une boutonnière passant en arrière du pilier interne dans le canal inguinal, puis suturé en haut au petit oblique, en bas à l'arcade crurale. Ce lambeau musculaire renforce en bas et continue le pilier du petit oblique et du transverse; il reconstitue la paroi postérieure du canal inguinal. Par-dessus l'on suture les piliers du grand oblique, puis la peau.

« *Myoplastie crurale.* — Pour la hernie crurale, une fois la résection et la ligature faites, on ouvre la gaine du moyen adducteur, on en tire un lambeau musculaire à pédicule supérieur, qu'on tient et suture à l'arcade crurale et au tissu cellulo-adipeux qui se trouve en dedans de la veine crurale. Par-dessus, réunion de la peau.

« La planche que voici, due à l'habile crayon du professeur Farabeuf, remémorera mieux que toutes les descriptions le *modus faciendi.*

« Je disais dans ma communication que ce procédé n'était applicable qu'aux hernies de faiblesse, à celles où les tissus aponévrotiques et musculaires de la peau sont dissociés, mauvais pour la réfection. Aussi ne vous étonnez pas si je n'ai mis en pratique cette manière de faire que 63 fois depuis sept ans, sur près de 500 hernieux que j'ai opérés. Pour toutes les hernies inguinales à conditions ordinaires, j'ai toujours mis en usage le procédé de Bassini ou plutôt celui de l'abaissement du plan musculaire formé par le petit oblique et le transverse.

« Pour les hernies crurales petites ou moyennes, à anneaux peu dilatés, j'ai suturé l'anneau quand cela était possible, ou renforcé l'anneau avec une bande de tissu fibreux formant lambeau à la périphérie.

« J'ai opéré par la myoplastie 63 hernies inguinales et crurales depuis 1893.

« J'ai pu revoir actuellement une quinzaine de mes opérés. La plupart étant des malades d'hôpital, échappent ensuite à notre observation, avec cette réserve toutefois, qu'en général, lorsque les choses ne vont pas, ils savent très bien nous retrouver.

« Des opérés de hernie inguinale qui presque tous, sauf un, avaient des hernies remarquables par la faiblesse de la paroi, la largeur des anneaux, la laxité des aponévroses, tous sont restés guéris, sauf un qui a eu une récidive à la suite d'une chute dans un escalier qui a amené une déchirure de la région; tous faisant des métiers de force, travaillant sans porter de bandage et sans rien ressentir d'anormal du côté du muscle auquel on a enlevé le lambeau. Aucun ennui, aucune faiblesse.

« Les guérisons datent : 1 de sept ans, 2 de cinq ans, 1 de quatre ans, 2 de deux ans et demi, 1 de deux ans à peu près. On peut les considérer comme définitives; l'un porte un bandage pour une hernie du côté opposé non opéré.

« Des opérés de hernie crurale, nous n'avons pu en revoir que 3 dont 2 opérées depuis cinq et quatre ans, exercent leur profession sans aucun inconvénient. Chez le 3e qui était venu nous retrouver depuis, une hernie s'est reproduite, mais sa paroi est d'une faiblesse extrême, c'est au-dessus de l'arcade qu'elle paraît passer plutôt que par l'anneau crural.

« En résumé, le procédé de la myoplastie nous paraît donner des résultats excellents, durables, et mérite d'être employé toutes les fois que les conditions requises se présenteront. »

M. le Dr Tomas NORIEGA (Mexique). — *Sur le traitement des hernies par la méthode sclérogène. — Conclusions appuyées sur 23 cas avec un modèle de seringue spécial, et aussi d'un bandage avec pelote modifiée.*

1° Les injections sclérogènes peuvent guérir radicalement les hernies; 2° elles sont indiquées seulement dans les hernies inguinales unilatérales, de dimension petite ou moyenne; 3° elles peuvent être pratiquées dans les hernies volumineuses, dans le but de les rendre contenables; 4° l'injection de l'extrait fluide de l'*Hydrastis canadensis* donnerait des résultats satisfaisants.

M. le Dr H. MORESTIN (de Paris). — *Traitement des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque.*

« Dans les hernies dites par glissement, le sac n'enveloppe pas complètement l'intestin, et la partie dépourvue de séreuse entre en contact avec le tissu cellulaire.

« C'est ce rapport de l'organe hernié avec les parties avoisinantes que Scarpa a désigné sous le nom d'adhérence charnue naturelle. La description de Scarpa est la première qui ait été donnée de cette disposition, et elle est encore valable. Seules les adhérences étendues d'intestin à intestin présentent, dans la manière de les traiter, des difficultés et des dangers. Mais cette éventualité n'infirme point la proposition émise tout à l'heure :

dans les hernies par glissement, la règle est que la difficulté soit en dehors du sac, dans la surface intestinale dépourvue de séreuse. »

L'auteur se demande ensuite quelles sont les indications à remplir pour arriver à un résultat utile, et comment réaliser cette espérance de guérison; après avoir expliqué d'une façon très circonstanciée les indications à remplir dans sa brochure publiée récemment (2-9 août, imprimerie F. Levé, Paris), il passe à l'anatomie pathologique, et cite quelques observations faites, et deux beaux succès obtenus avec une sorte de colopexie, sur des malades opérés à Necker en 1898.

Depuis, l'auteur a opéré deux grosses hernies où il soupçonnait l'existence de l'S iliaque, mais toutes deux ne contenaient que de l'intestin grêle avec de l'épiploon. L'auteur décrit finalement la manière de pratiquer l'opération, comme suit :

« La préparation, le traitement préopératoire ont une importance énorme. Les chirurgiens d'autrefois donnaient, pour obtenir la réduction des grosses hernies, de sages conseils, dont on peut encore faire son profit.

« Le repos au lit, sans oreiller, et même le bassin légèrement soulevé, décongestionne la hernie, diminue sa tension, assouplit le tissu cellulaire périherniaire, et facilite beaucoup la rentrée de la masse intestinale. Celle-ci diminue graduellement, et sa rétrocession dans l'abdomen se fait même parfois spontanément. Les purgatifs répétés évacuent le contenu de l'intestin, réduisent le volume des anses. La diète agit de la même manière.

« On ménage ainsi la place que viendra occuper la masse extérieure quand elle sera réintégrée dans le ventre.

« Pour opérer, je crois que l'intervention sera facilitée par l'emploi du plan incliné. Le paquet intestinal relevé vers le diaphragme exerce une traction sur le contenu de la hernie, loin de tendre à faire issue comme il arrive dans la situation ordinaire. A défaut du plan incliné, une bonne pratique consiste à soulever fortement le siège du malade, à l'aide d'un coussin épais et résistant.

« L'intervention comprend plusieurs temps distincts :

« 1° Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice dans le sens des fibres du grand oblique. Ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal. On s'épargne ainsi tout tâtonnement dans la recherche du sac, et tout ennui du côté de l'intestin;

« 2° Libération de celui-ci par voie de décollement;

« 3° Incision soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque;

« 4° Réfection du mésocôlon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine, soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux ; fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque;

« 5° Suture de la plaie abdominale;

« 6° Réfection aussi soignée que possible du trajet inguinal.

Ainsi comprise, l'opération est un peu plus compliquée que celle qui est

adoptée généralement. Mais dans les cas où elle est possible, le malade sera, sans aucun doute, dans des conditions meilleures.

« En pratiquant l'incision abdominale par la gaine du muscle droit selon la technique recommandée pour enlever l'appendice, on se met complètement, je l'espère du moins, à l'abri de toute éventration ultérieure.

« Il est très facile de ne pas placer ses points de suture sur les vaisseaux coliques, que l'on aperçoit nettement par transparence. Toute crainte de sphacèle est ainsi évitée.

« Enfin, si ces manœuvres allongent un peu l'opération, on peut affirmer qu'elles sont bénignes et n'aggravent point le pronostic. Tout se passe dans la fosse iliaque, sans hémorragie, sans manipulations laborieuses ou septiques. A moins de déchéance absolue de l'organisme de l'opéré, ou de précautions insuffisantes, il n'y a donc point de ce fait augmentation des chances d'insuccès.

« Il ne reste donc pas d'objection sérieuse contre cette manière de faire, et par contre, le bénéfice semble devoir être très appréciable.

« J'aurais voulu apporter dès maintenant des preuves plus nombreuses, et au lieu de considérations surtout théoriques, des succès confirmés par le temps. J'espère, cependant, que vous voudrez bien admettre que cette idée pourra à l'occasion trouver son application, et rendre service à quelques malades. »

M. le Dr Biondi (de Sienne). — *Nouveau procédé de fixation du rein mobile.*

Après avoir insisté sur les inconvénients des différents procédés de néphrorraphie, M. Biondi donne son procédé. Arrivé sur le rein, il le repousse dans sa loge et le fixe avec une longue bande de gaze qu'il place au-devant de l'organe. Il enferme cette gaze en lui faisant décrire de nombreux zigzags de dehors en dedans, et *vice versa*, et la fait ressortir par l'angle inférieur de la plaie. Ce tamponnement ne présente aucun inconvénient; il l'enlève sept à huit jours après et voit que le rein est alors solidement fixé. Ainsi disparaissent les inconvénients de suspension à une côte, de résection de côte, des fils. De plus, l'opération est rapide et la guérison est obtenue au bout de 20 jours. M. Biondi a exécuté 13 fois son procédé, il a eu 13 succès; aussi pense-t-il que son opération réunit les conditions d'une bonne néphrorraphie, opération rapide, sans danger, fixation solide dans la position normale, écoulement d'urine normal, aucune altération du tissu rénal.

M. le Dr Jonnesco (de Bucarest). — *Nouvel écarteur abdominal applicable à toutes les laparotomies.*

« La chirurgie moderne, et particulièrement la chirurgie abdominale, exige deux conditions essentielles : l'asepsie et l'éclairage parfait du champ opératoire. Or, c'est ce double but que j'ai cherché à atteindre en imaginant ce nouvel écarteur abdominal.

« Convaincu que l'asepsie parfaite ne peut être assurée qu'en diminuant le plus possible le nombre des aides immédiats, je n'opère jamais qu'avec un

seul aide et toujours le même. Les instruments, les tampons, les fils à ligature, à suture, et les pièces à pansement, mon aide et moi les prenons nous-mêmes directement des boîtes où ils ont été préalablement stérilisés. Cette simplification du personnel touchant aux outils pouvant infecter le champ opératoire, ordinairement aseptique, m'a donné d'excellents résultats.

« Mais, l'asepsie assurée, il fallait aussi se procurer un parfait éclairage du champ opératoire. Si l'incision large de la paroi abdominale a remplacé avec avantage ces incisions petites et timorées, ces explorations un peu aveugles de l'anfractueuse cavité péritonéale, faut-il encore pour conduire une intervention franchement à ciel ouvert, qu'on puisse facilement, et sans danger d'infection, obtenir l'écartement suffisant et constant des lèvres de la plaie. Les valves ordinaires ou les valves naturelles, les mains, demandent l'emploi de deux aides supplémentaires au moins. Or, ceux-ci ont un triple inconvénient : ils sont encombrants, leur asepsie est incertaine et enfin ils se fatiguent : d'où gêne de l'opérateur dans ses manœuvres, danger d'infection et écartement insuffisant, inégal et nul par moments, alors surtout que l'opération est un peu longue, chose qui n'est pas rare.

« Telles sont les considérations qui m'ont poussé à la recherche d'un écarteur mécanique, puissant, ayant une fixité absolue une fois appliqué parfaitement, et facilement stérilisable, pouvant être employé dans toutes les laparotomies sus ou sous-ombilicales, médianes ou latérales, quelle que fût la position de l'opéré, inclinée ou horizontale, absolument indépendant de la table d'opération, prenant ses points d'appui sur le malade exclusivement et ayant une fixité telle qu'aucun déplacement ou mouvement intempestif de celui-ci ne puisse le déranger. Tous ces desiderata sont remplis par cet écarteur si habilement construit sur nos indications par M. Collin. »

L'auteur fait la description de son nouvel écarteur (brochure avec dessins, parue chez L. Maretheux, 1, rue Cassette), et conclut : « Comparé aux autres écarteurs fixes, écarteur de Doyen et celui de Monprofit, mon appareil leur est de beaucoup supérieur, et cela même pour les interventions gynécologiques. En effet, ces écarteurs s'appuient, d'une part, sur la symphyse pubienne, où ils peuvent mieux comprimer la vessie et, d'autre part, sur les cuisses de la malade (écarteur de Doyen) ou sur la paroi antérieure du vagin (écarteur de Monprofit). Or, la fourche intercrurale de Doyen, non seulement comprime désagréablement les cuisses de la malade, mais encore elle ne donne pas toujours un appui suffisant; de plus, son articulation avec la valve nécessite l'intervention d'un aide, car on doit manipuler dans des régions non aseptisées, et cette articulation est souvent difficile à obtenir. L'écarteur de Monprofit, à appui vagino-sus-pubien, est encore plus défectueux, car par sa valve vaginale, il comprime contre le pubis la paroi vaginale antérieure et l'urètre et ne peut être appliqué, sans déroger aux règles les plus élémentaires de l'asepsie, par l'opérateur ou par l'aide immédiat. Enfin, si ces écarteurs éclairent assez bien la zone rétro-pubienne, ils ne peuvent découvrir, comme on l'obtient avec l'écartement transversal produit par mon appareil, tout l'orifice supérieur du pelvis et les fosses iliaques.

« Supérieur dans ses applications gynécologiques, mon écarteur présente aussi cet énorme avantage qu'il peut servir à toutes les interventions sur l'abdomen. Aussi, après l'avoir employé dans un grand nombre de laparotomies, castrations abdominales totales pour annexites doubles, castrations abdominales totales avec évidement du pelvis pour cancer limité du col, ligatures atrophiantes pour cancer inopérable de l'utérus, hystérectomie sub-totale pour fibrome volumineux, résection bilatérale du sympathique lombo-sacré pour hystérie, résection totale de la vessie cancéreuse, kyste hydatique du foie, splénectomie, etc., je me suis convaincu de l'aide utile qu'il nous procure dans toutes les opérations abdominales, aide aussi puissant que parfaitement aseptique, et facilement maniable. »

M. le Dr Lang (de Vienne). — *Extirpation de lupus et opérations plastiques (présentation de 9 malades).*

M. Lang présente une série de malades auxquels il a extirpé des lupus plus ou moins étendus de la face et chez lesquels la perte de substance résultant de cette extirpation a été comblée à l'aide de greffes d'après la méthode italienne. Les résultats obtenus sont véritablement merveilleux.

Discussion. — M. Meyer (de Berlin), communique quelques cas de *guérisons du lupus par l'air liquide.*

On ne peut se faire encore aucune idée théorique sur l'action de l'air liquide; mais, d'après l'opinion de l'auteur, il faut strictement distinguer ses deux manières d'agir : d'abord par l'action sur les cultures de bactéries; ensuite par l'action sur les tissus enflammés contenant des bactéries. Si d'un côté il est bien établi, d'après les expériences de White, et qu'il a vérifiées, que l'air liquide ne tue pas les cultures bactériennes ni ne diminue leur virulence, il est bien probable, d'un autre côté, que l'air liquide détermine sur les tissus enflammés contenant des bactéries un changement dans le sens de la guérison. Les expériences faites dans cette direction sur le derme (oreille de lapin) et la membrane muqueuse (l'utérus et le vagin des chiennes) sont encore trop récentes pour pouvoir s'en former un jugement définitif.

Séance du 7 Aout (*Matin*).

Présidence de M. le Prof. Tillaux.

M. le Dr Robert Le Comte (de Philadelphie). — *La technique de l'amputation interscapulo-thoracique.*

M. le Dr Picqué (de Paris). — *De l'intervention chirurgicale chez les aliénés.* — Les mêmes communications ont déjà été faites par l'auteur à la *Société de Chirurgie* sur ce sujet.

M. le Dr Louis MENCIÈRE (de Reims). — *Ostéotomie sous-trochantérienne oblique pour ankylose de la hanche en position vicieuse chez un homme de vingt-huit ans.*

Le malade présentait un raccourcissement de 43 centimètres avec ankylose solide à angle droit. Le membre gauche reposait sur l'extrémité du pied; la cuisse était fléchie à angle droit sur l'abdomen, et le bassin, projeté en arrière, déterminait une ensellure énorme. Le malade paraissait cassé en deux, suivant son expression.

La photographie, après opération, nous le montre droit. La jambe est dans la rectitude et l'ensellure a disparu. Le raccourcissement est tombé de 43 centimètres à 5 centimètres et demi; une bottine surélevée suffira.

Dans l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, qui est certainement plus délicate à pratiquer que l'ostéotomie simple transversale, on obtient une surface d'avivement osseux, très étendue, très favorable à un cal solide. Le canal médullaire est largement ouvert, mais l'inconvénient est nul si l'intervention est conduite suivant les règles de l'antisepsie.

M. le Dr Oscar VULPIUS (de Heidelberg). — *Sur la transplantation des tendons et ses succès dans le traitement des paralysies.*

« La transplantation des tendons a été répandue et appréciée dans ces dernières années seulement, bien que sa conception, le remplacement des muscles paralysés par des muscles sains, soit très claire, la technique pas trop difficile, le danger minime, le succès très engageant, l'occasion fréquente. Le nombre de 160 opérations, qui ont été faites dans ma clinique, ainsi que la longue observation de mes malades m'encouragent à exposer brièvement ma technique, les indications et les résultats certains.

« A l'asepsie la plus rigoureuse — gants et masque — je dois une série de 130 transplantations sans aucune trace d'infection. Je préfère la méthode que j'ai appelée « descendante », je ne sacrifie aucun muscle, mais je mets le bout périphérique du tendon sectionné en connexion avec des muscles voisins. De cette façon je retire des profits pour les muscles paralysés, sans qu'on ait fait subir une perte semblable aux muscles sains, qui doivent les remplacer.

« Les *indications* les plus importantes sont : les pertes traumatiques de muscles, de tendons et de nerfs, les paralysies spinales et entre elles, au premier rang, la paralysie spinale infantile. Dans la paralysie partielle, l'opération est nettement indiquée; dans la paralysie totale, il faut choisir entre l'opération des tendons et l'arthrodèse. La transplantation nous a enseigné que la paralysie totale est en vérité plus rare qu'on ne le croit. Mentionnons encore la paralysie infantile cérébrale, l'hémiplégie apoplectique et la raideur paraplégique, la maladie de Little. Passons aux *résultats*. Le succès doit être instantané en ce sens qu'à la fin de l'opération on doit avoir obtenu une position normale de l'articulation. Mes 160 opérations m'ont montré que cette amélioration de la position est permanente et qu'elle est suivie du retour de la mobilité plus ou moins normale, active. Le succès augmente parfois d'une façon surprenante sous l'influence du traitement

post-opératoire. Plus le terrain de la paralysie est circonscrit, plus les muscles sains et ayant une fonction semblable se trouvent rapprochés, plus on obtiendra un succès brillant. Dans les paralysies spasmodiques, le succès consiste non seulement dans la correction de l'attitude, mais on voit aussi disparaître le spasme. Enfin, les résultats dépendent aussi de la localisation de la paralysie : le siège le plus favorable pour l'opération est la jambe, la cuisse l'est moins. La musculature de l'avant-bras offre plus de difficultés, quoique j'aie déjà eu des résultats très satisfaisants. Les insuccès complets sont absolument rares, si le plan d'opération a été réalisé avec une technique irréprochable. Les récidives sont devenues beaucoup plus rares à mesure que l'expérience a augmenté, et dans ces cas une seconde opération peut corriger la faute commise. En somme, je crois être en droit d'indiquer la transplantation des tendons comme une heureuse découverte et de la recommander le plus chaleureusement. C'est grâce à l'impulsion qu'elle a donnée que nous nous occupons avec beaucoup plus d'intérêt et beaucoup plus de succès du traitement des paralysies. La combinaison raisonnée des différentes méthodes modernes peut mettre des milliers de pauvres paralysés du moins en état de vivre. »

M. le Dr Chipault (de Paris). — *L'élongation des nerfs dans la cure des troubles trophiques : mal perforant, ulcère variqueux, etc.* — En 1893, j'affirmai pour la première fois la curabilité des troubles trophiques par l'élongation des nerfs, méthode aujourd'hui basée sur plus de cent observations. Sa technique type comprend deux temps : un d'élongation à pratiquer sur les nerfs allant au territoire dystrophié, près de celui-ci; un de nettoyage local, par exemple, lors d'ulcération, son curetage, l'abrasion de ses bords et, si possible, leur suture. Elle est supérieure aux variantes proposées : élongation lointaine, hersage, etc.

M. le Dr Péraire (de Paris) prend part à la discussion sur ce sujet. Il confirme l'excellence du procédé de M. Chipault. Il a pratiqué deux fois l'élongation des nerfs plantaires pour des maux perforants plantaires; ces deux opérations ont été suivies de guérison parfaite, car cette guérison s'est maintenue depuis trois ans.

M. le Dr Lucas-Championnière (de Paris). — *Traitement des formes graves du pied bot par l'ablation de la totalité des os du tarse.*

« Après avoir pratiqué souvent l'ablation de l'astragale, complétée par l'ablation de quelque os voisin avec section du tendon d'Achille, je suis arrivé à une formule infiniment plus radicale et qui me paraît comporter la meilleure conservation des tendons et des muscles, tout en ne laissant subsister de la difformité aucun élément de récidive.

« L'ablation de la totalité des os du tarse est absolue, sauf pour le calcanéum. Pour ce dernier os je laisse, suivant les cas, une portion plus ou moins importante, tandis que pour tous les autres os j'enlève l'os en totalité.

« L'opération est faite par une seule incision dorsale et externe de l'articulation tibio-tarsienne au cinquième métatarsien, immédiatement en dehors des tendons extenseurs des orteils.

« L'ablation toujours laborieuse de l'astragale est suivie de l'ablation facile de tous les autres os du tarse.

« Le calcanéum est sectionné verticalement vers son tiers antérieur. Il n'est pas rare que j'ajoute à ces ablations la résection de la partie postérieure du cinquième métatarsien.

« Ces manœuvres accomplies, le pied, réduit à ses parties molles centrales, peut prendre une position satisfaisante, sans complément de section tendineuse.

« On le malaxe dans les mains. Je panse et je draine la plaie et j'enveloppe le pied dans de la ouate de tourbe et une bande simple.

« Au premier pansement fait le quatrième jour j'enlève le drain et je mobilise doucement le pied. A partir de ce jour il sera mobilisé quotidiennement.

« Les résultats sont un redressement remarquable des difformités, le pied appuyant franchement à plat.

« Le pied est parfaitement solide malgré la destruction osseuse. Il est si solide qu'on pourrait croire à une reproduction osseuse étendue, tandis que la radiographie, comme une autopsie, nous ont appris qu'il n'y a pas de reproduction d'os au sens propre du mot.

« La mobilité est excellente et la voûte du pied paraît élevée.

« Le pied est seulement raccourci d'un centimètre ou un centimètre et demi.

« J'ai pratiqué aujourd'hui trente et une de ces opérations toujours avec succès.

« J'ai noté l'extrême facilité de la réparation et la solidité.

« Je crois que les conditions suivantes sont indispensables à l'accomplissement de la bonne réparation :

« Antisepsie parfaite.

« Pas d'immobilisation en appareil et mobilisation rapide.

« Pas de sections musculaires tendineuses, pour conserver la puissance musculaire.

« La quantité de l'ablation des os est indifférente à la solidité du pied. J'ai ajouté dans un cas récent l'ablation de toute la moitié supérieure du calcanéum sans aucun inconvénient, et avec des avantages sérieux pour un pied extraordinairement difforme.

« Mes opérés ne portent dans la suite aucun appareil, mais simplement une bottine avec des contreforts un peu durs.

« Jamais l'action de l'opération n'est achevée par quelque appareil complémentaire, si bien que l'on peut dire que cette intervention, si grave en apparence, est infiniment plus simple que celle que l'on applique habituellement pour les pieds bots non compliqués. » »

M. le Dr Ziembicki (de Lemberg). — *Résultat de l'opération d'un varus équin congénital chez un homme de trente-quatre ans.*

Ce cas, intéressant et rare, car il y a peu de malades qui attendent aussi

longtemps avant de se faire opérer, a trait à un homme de trente-quatre ans dont les deux pieds présentaient les déformations osseuses les plus graves. La tarsectomie cunéiforme n'ayant donné qu'un résultat tout à fait insuffisant, M. Ziembicki compléta immédiatement cette opération :

1° Par l'extirpation totale du cuboïde et du scaphoïde avec section des tendons des jambiers antérieur et postérieur, par une résection plus étendue de l'astragale et de l'apophyse calcanéenne;

2° Par l'opération de Phelps, faite à jour, avec incision des muscles profonds du bord interne du pied;

3° Par l'abrasion du reste de l'astragale sur ses faces latérales, de façon à permettre sa rentrée dans la mortaise tibio-péronière après ténotomie du tendon d'Achille.

Redoutant une infection dans cette région riche en synoviales et dont les téguments altérés ne s'étaient pas prêtés à une désinfection rigoureuse, M. Ziembicki ne fit qu'une suture partielle de la plaie, tamponnant le reste. Néanmoins, la cicatrisation se fit rapidement et parfaitement. Le résultat obtenu est excellent : l'homme marche aujourd'hui admirablement bien.

M. le Dr Maurice Bloch (de Paris). — *Tarsoptose et tarsalgie.*

On décrit jusqu'ici sous le nom générique de tarsalgie toutes les affections douloureuses du pied. Celles-ci devront être divisées en deux grands groupes, les tarsoptoses douloureuses et les tarsalgies. Les premières se reconnaitront au signe cuboïdien que nous avons déjà décrit, à l'aplatissement du tarse et à l'apparition des douleurs après que le malade aura marché quelque temps. Les tarsalgies, qui comprennent elles-mêmes les tarsarthries, les tarsadynies, les tarsonévrites, se reconnaitront, en général, à l'absence du signe cuboïdien, aux troubles trophiques et aux douleurs limitées, qui se réveillent aussitôt que le malade lève le talon pour se mettre en marche.

Les tarsoptoses seront justiciables de notre appareil, adopté aujourd'hui dans les hôpitaux. Les tarsalgies exigeront l'usage d'une semelle spéciale, qui devra empêcher la flexion de l'avant-pied sur l'arrière-pied; cette semelle sera creusée d'un orifice circulaire correspondant au siège de la douleur.

M. le Dr Morestin (de Paris). — *Les formes bénignes de psoïtis.*

« Les formes bénignes du psoïtis sont virtuellement admises par les auteurs classiques, mais comme à regret, et leur mention est entourée de réserves telles que dans la pratique on ne s'attend guère à les rencontrer.

« En fait le pronostic de la maladie est considéré comme fort grave et même presque fatal. La suppuration est la terminaison obligée et la mort survient tôt ou tard.

« On peut s'étonner que l'inflammation d'un simple muscle puisse avoir de si graves conséquences et mette ainsi régulièrement la vie en péril.

« En réalité, l'histoire de cette affection est faite avec des observations déjà anciennes, sa description ne répond plus d'une manière exacte à la généralité des faits.

« Certaines suppurations d'origine pelvienne, mieux étudiées et mieux traitées, ont cessé d'être confondues avec les suppurations de la gaine du psoas.

« Puis les suppurations profondes sont abordées sans retard et sans crainte, par des opérations précoces, complètes et larges, et dans cet ordre d'idées, ouvrir la fosse iliaque nous paraît aujourd'hui une intervention simple. Il est évident que, si on commençait par mettre aux psoïtis des appareils plâtrés, comme Dolbeau, si l'on attendait la fluctuation pour inciser, ou si l'on se bornait à de petites ponctions, les désastres seraient encore la règle.

« Je voudrais surtout insister sur les formes franchement bénignes, auxquelles appartenaient deux cas que j'ai pu recueillir à l'hôpital Saint-Louis pendant ces derniers mois.

« Dans l'un il s'est formé lentement un abcès du psoas, non seulement sans phénomènes inquiétants, mais sans trouble bien apparent de la santé générale.

« Une simple incision a amené la guérison; encore fut-elle tardivement pratiquée, car la malade se refusa d'abord à toute opération.

« Quant à dire que la myosite est réellement primitive, il est à coup sûr impossible de l'affirmer. Peut-être même dans le cas de psoïtis puerpérale la lésion est-elle en réalité fréquemment secondaire. C'est une opinion émise par M. Vincent dans l'excellent article du *Dictionnaire Dechambre*. M. Vincent admet que la plupart des psoïtes sont une conséquence d'une phlegmasie sous-péritonéale. M. Moustier a rapporté à la Société anatomique une pièce où il s'agissait d'adéno-phlegmons des ganglions iliaques internes, situés contre le psoas, au voisinage de la bifurcation des iliaques primitives. Il existe un assez grand nombre de ganglions sous-péritonéaux appliqués contre le psoas et en communication plus ou moins directe avec les organes génitaux internes. C'est une disposition connue depuis fort longtemps, puisqu'elle est admirablement figurée par Mascagni. La pathogénie du psoïtis puerpéral réside évidemment dans ce rapport, pour un certain nombre de cas tout au moins.

« Mais il y a plus, et la guérison peut survenir par résolution complète, alors même que la lésion est bilatérale, l'envahissement simultané ou successif des deux côtés ayant toujours été pourtant considéré comme une circonstance encore aggravante. Une observation de M. Moustier en est la preuve.

« Je demanderai quels signes distinguent les psoïtes vraies des pseudo-psoïtes. Pourquoi arbitrairement vouloir en exclure les formes bénignes, dont on accepte l'existence pour l'inflammation de tous les organes?

« Dans les formes bénignes dont nous nous occupons, les moyens les plus élémentaires suffisent à procurer la guérison. »

« M. le Dr KEEN (Philadelphie). — *Relation d'un cas de ligature de l'aorte abdominale, dans lequel le malade vécut quarante-huit jours.*

L'auteur a opéré un anévrisme de l'aorte abdominale chez un homme de

cinquante-deux ans porteur d'un anévrisme siégeant au-dessous du diaphragme, exactement à l'aide de quatre fils de soie très solides. Il ne sait si la ligature a été appliquée au-dessus ou au-dessous du tronc cœliaque; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle était placée au-dessus de la naissance des artères rénales. La circulation se rétablit dans les artères fémorales et rénales; d'ailleurs, à l'autopsie, les reins furent trouvés normaux. Le malade parut être guéri et put se lever. Le quarantième jour il présenta des phénomènes d'hémorragie interne et mourut.

L'autopsie montra que la ligature avait complètement divisé les parois du vaisseau et que la mort était survenue par hémorragie secondaire.

Il a été publié onze cas d'anévrismes de l'aorte, plus un cas récent de M. Tillaux et celui de l'auteur. Sur ces treize cas, dix moururent dans les deux jours qui suivirent l'opération, un vécut dix jours (Monteiro), un trente-neuf jours (Tillaux), enfin, un quarante-huit jours (Keen).

M. le Dr C. Trunecek (de Prague). — *Une nouvelle méthode de traitement des ostéoarthrites tuberculeuses.*

« J'ai trouvé une méthode pour les cas d'ostéoarthrites compliquées de fistules, méthode qui est basée sur des injections, dans les trajets, d'un caustique inoffensif qui cautérise la membrane pyogène et provoque une inflammation aiguë dans les parties voisines normales. Le caustique dont je me sers est la partie inorganique du sérum sanguin trente fois plus concentrée qu'elle n'est contenue dans le sang. Sa composition est la suivante : Sulfate de soude, 1,46. Chlorure de sodium, 16,40. Phosphate de soude, 0,50. Carbonate de soude, 0,70. Sulfate de potasse, 0,94. Eau, 80,00.

« J'introduis une seringue de Pravaz, munie d'une longue canule à extrémité mousse, dans une des fistules jusqu'à ce que je perçoive une résistance; alors je retire légèrement la canule et pousse l'injection qui autour de la canule revient bientôt à l'extérieur. De cette manière la membrane pyogène est cautérisée très énergiquement et également dans toute son étendue. Après l'évacuation je remplis de nouveau la seringue en laissant la canule en place, et après avoir bourré avec de l'ouate l'ouverture de la fistule autour de la canule, je pousse l'injection avec une grande force. Quand il y a plusieurs fistules, le caustique ressort par une autre ouverture. J'exécute ce lavage jusqu'à ce que le liquide revienne rouge clair. Alors j'introduis la canule dans la seconde fistule et j'exécute une injection dans le sens opposé. Après avoir cautérisé toutes les fistules j'injecte, sans bourrer les ouvertures des fistules, une solution d'éther iodoformé à 10 p. 100. Ensuite j'applique sur l'extrémité malade des compresses de Priessnitz et maintiens le patient au lit.

« Après l'opération le patient ressent des douleurs brûlantes, mais supportables et la région malade se gonfle. Simultanément la sécrétion des fistules augmente et a un caractère séreux. Pendant tout le temps on exécute le traitement antiphlogistique.

« Le premier indice certain que l'affection s'est améliorée est l'amoindrissement de volume et le durcissement de la région, provoqués par formation

de tissu cicatriciel autour des foyers tuberculeux. Déjà, après la première injection, on constate l'arrêt du processus tuberculeux; mais, pour la guérison complète, il faut généralement répéter l'opération (après 4-10 semaines écoulées). A l'aide de cette méthode j'ai pu obtenir une cicatrisation des lésions tuberculeuses du coude et du pied, même de celles qui étaient destinées à l'amputation, chez des sujets âgés de dix-huit ans. »

M. le Dr G. Nanu (de Bucarest). — *De l'opération inter-ilio-abdominale.*

« L'opération inter-ilio-abdominale consiste dans la désarticulation du membre inférieur avec résection de l'os coxal. Elle a été pratiquée 8 fois seulement jusqu'aujourd'hui (Girard, 3 cas, Billroth, Jaboulay, Cacciopoli, Jarjavay et Bardenheuer chacun pour 1 cas). Le résultat a été de 5 morts et 3 guérisons. Les affections pour lesquelles on est intervenu ont été des néoplasmes, des traumatismes graves et des coxalgies anciennes.

« Le 11 juillet j'ai pratiqué cette opération pour un myxo-sarcome de l'os coxal gauche, chez un homme âgé de cinquante ans. La tumeur avait envahi la racine du membre et montait dans le ventre, jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. La cuisse était fixée en demi-flexion, rotation externe et abduction. La marche, la station debout et assise étaient impossibles. Le malade était débilité et ses traits indiquaient la souffrance. En effet, il avait des douleurs vives jour et nuit, qui l'empêchaient de dormir. Cette affection datait de seize mois. Tous les organes étaient sains.

« L'opération a été faite sous l'anesthésie par l'éther. J'ai exprimé d'abord le contenu sanguin du membre, avec une bande élastique. J'ai fait ensuite la ligature des vaisseaux iliaques primitifs. Pour cela, j'ai mené une incision à partir de l'épine du pubis jusqu'à l'épine iliaque postéro-supérieure. Cette incision a limité la base du lambeau. Après avoir décollé le péritoine, écarté l'uretère et lié les vaisseaux, j'ai circonscrit le lambeau, en faisant d'abord une incision circulaire dans le tiers supérieur de la cuisse; j'ai incisé ensuite les parties molles, situées plus haut, suivant deux lignes qui se réunissaient en bas sur la partie antérieure de la circulaire et divergeaient en haut pour se terminer au niveau des extrémités de l'incision, faite en premier lieu. Par l'entaille des muscles, j'ai obtenu un grand lambeau postérieur. Enfin, j'ai désarticulé l'os coxal, en commençant par le pubis et en terminant par la partie iliaque. Une traction associée à la rotation externe et à l'abduction, exercée par un aide vigoureux, a été très utile pour cet acte opératoire.

« J'ai pu éviter d'entrer dans la cavité péritonéale et je n'ai intéressé aucun des organes du pelvis ou de l'abdomen. J'ai terminé en suturant, avec des crins de Florence, à la fois les téguments et les muscles et j'ai drainé en mettant dans l'angle postérieur de la plaie, une mèche de gaze stérilisée. L'opération a duré une heure et quart.

« La dissection de la pièce a montré que la tumeur était un myxo-sarcome de l'os iliaque qui avait envahi le pubis, l'ischion, la cavité cotyloïde, la tête et le col du fémur. Le septième jour après l'opération j'ai quitté Bucarest; le malade était en voie de guérison. »

M. le Dr Angelo DEL FABBRO (de Conegliano). — *Un cas d'anévrisme de la carotide interne droite. Ligature.*

Parlant de ce cas extrêmement rare et très important comme forme clinique, spécialité du siège, la façon de se manifester, son volume, il insiste sur la grande difficulté d'établir le diagnostic, difficulté que n'ont pu éviter des cliniciens éminents sans se tromper; comme, par exemple, à Lisbonne, où un anévrisme de la carotide interne fut traité comme un abcès latéro-pharyngien par une ponction mortelle; il cite encore un autre cas de Chassagnac, traité par erreur, mais cette faute grave et dangereuse fut réparée à temps par la ligature de la carotide primitive. Dupuytren et Bichat, dans des cas analogues, hésitaient aussi sur le diagnostic.

L'orateur mentionne un cas d'anévrisme chez un homme de soixante ans, fort, robuste, exempt de toute maladie héréditaire; à la suite de l'influenza, il lui restait dans la gorge une grosseur qui le gênait dans la respiration; traité pendant trois ans, par deux médecins, il fait l'historique de ce malade, qui en réchappe par miracle; et conclut comme suit : « Dans notre cas, les pulsations étaient nettes et fortes dans les parois tendues, élastiques et fluctuantes. A part toutefois l'abcès latéro-pharyngien, qui cependant peut bien présenter les mêmes symptômes objectifs, il a une décroissance rapide; le diagnostic établi et confirmé, la ligature de la carotide interne a été exécutée avec toutes les règles de l'art et avec la rigoureuse application de l'antisepsie, par l'opérateur de l'hôpital civil de Conegliano, le Dr Lamboni; après quoi la tuméfaction et les pulsations disparaissant complètement, la cicatrisation, la réduction du volume de la tumeur, enfin sa conjonction et endurcissement progressif suivirent régulièrement; le malade guérit définitivement. »

L'orateur, par ce qui précède, préconise et insiste surtout sur l'examen approfondi avant de procéder à un traitement, ou l'établissement d'un diagnostic superficiel dont les suites peuvent devenir fatales; en conclusion, il espère que cette assemblée imposante ne lui tiendra pas rigueur de l'avoir entretenu sur un sujet aussi sérieux, confiant dans sa courtoise condescendance, convaincu que plus les hommes sont éminents, plus ils sont disposés à soutenir ceux qui ont la bonne volonté d'imiter les bons exemples. En tout cas, termine l'orateur, il dira, comme le curé de Manzoni, que « s'il a fait mal, ce n'est pas fait exprès ! »

SÉANCE DU 7 AOUT (*Soir*).

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR : *Les Plaies infectées.*

M. le Prof. Oscar BLOCH (de Copenhague). — *Le traitement des plaies infectées.*

La méthode de traitement antiseptique de Lister, le traitement à l'acide phénique, se basait sur le traitement des plaies infectées, des fractures compliquées. Bien que tous les chirurgiens tombassent d'accord sur la supériorité de cette méthode, on ne tardait pas pourtant à chercher des remèdes

nouveaux, plus efficaces que l'acide phénique; la manifestation la plus singulière de ces recherches est le remplacement de la méthode antiseptique par la méthode aseptique. Toutes ces expériences de traitements différents des plaies s'appuient sur un nombre considérable de travaux d'une grande valeur sur toutes les questions concernant les plaies et leurs complications, par exemple sur les microbes et leurs toxines, sur les qualités bactéricides de différents remèdes, sur la meilleure méthode de désinfecter, de pratiquer la ligature, etc.

L'auteur démontre que les résultats de tous ces travaux c'est que, *au point de vue pratique, toute plaie, sans exception aucune, doit être considérée comme infectée, et que l'infection et ses complications sont dues à la rétention de sécrétions contenant des microbes.* Il s'ensuit que, pour traiter des plaies d'une manière efficace, il faut se proposer *deux buts*, savoir : de tuer les microbes (ou leurs produits nuisibles) et d'éviter la rétention des sécrétions des plaies, autrement dit, il faut se servir *de l'antisepsie et du drainage. Pour éviter la réinfection d'une plaie, traitée de cette manière, il faut la panser rationnellement*; ce n'est qu'en agissant ainsi qu'on prévient une infection secondaire.

L'auteur démontre combien le désaccord des savants est grand et combien leurs résultats sont différents; donc, étant donné que l'expérience scientifique n'est pas à même de trancher la question de savoir quelle méthode de traitement est la meilleure, l'auteur insiste sur ce qu'il faut *rendre hommage à la clinique et s'y adresser.* En s'appuyant sur son expérience pratique, l'auteur déclare *que toute plaie doit être traitée antiseptiquement*; *que l'acide phénique est le meilleur remède antiseptique*; *qu'il fau drainer les plaies* et que, *pour les panser d'une manière rationnelle*, il faut appliquer *un pansement incontestablement stérile* et *le rendre antiseptique*, au moins en partie, *au moment de l'application*; de plus, le pansement doit être *hydrophile* (absorbant), *servant à dessécher la plaie* et à empêcher le surplus des sécrétions de la plaie d'entrer en relation directe avec l'air environnant qui contient des microbes; enfin, le pansement doit être à même de *filtrer l'air qui communique avec la plaie, et de le délivrer ainsi de ses microbes.* L'auteur a atteint son but par *le pansement stérile à la gaze, à l'eau phéniquée et à la ouate*; il donne des renseignements plus détaillés sur la technique du traitement des différentes plaies infectées.

Finalement l'auteur explique ce qu'il pense des remèdes internes, « les médicaments internes antiseptiques » et « les médicaments fébrifuges », auxquels, à très peu d'exceptions près, il ne se fie guère, et il critique la valeur du sérum thérapeutique, spécialement celle du sérum antistreptococcique, d'où il résulte que, selon lui, ce qu'il y a de plus sage, c'est d'attendre une base plus solide des expériences concernant ces questions, et une évaluation mieux fondée de la portée de ces remèdes avant de les administrer comme moyens curatifs.

M. le Dr Félix Lejars (de Paris). — *Sur le traitement des plaies infectées.* « C'est là surtout une question pratique. Nulle doctrine ne vaut que par

ses applications. Dans ces dernières années, le traitement des plaies infectées a servi de thème à de nombreuses recherches expérimentales et bactériologiques : elles ont fourni des données précieuses, souvent inattendues, parfois contradictoires; elles exigent toutes le contrôle et la contre-épreuve de l'observation humaine. C'est à cette double source d'information scientifique que nous devons demander une théorie qui se rapproche de plus en plus de la vérité, une pratique de plus en plus efficace et simple.

« De fait, la solution est simple ou le deviendra, mais le problème est complexe, et, pour l'étudier utilement, il convient d'établir certaines catégories.

« 1° *Plaies infectées récentes, dont l'infection ne s'est pas traduite encore par des réactions locales ou générales.* On dirait mieux peut-être : plaies récentes, supposées infectées. Mais cette présomption doit s'étendre, en pratique, à toute plaie accidentelle, et les examens bactériologiques en démontrent le bien-fondé; nous savons que les plaies opératoires elles-mêmes sont loin d'être amicrobiennes. D'autre part, nous n'avons aucun moyen de reconnaître — sur une plaie récente — de quels microbes elle est souillée, quelle est leur virulence et quelle sera leur action ultérieure, et, comme nous en avons acquis la preuve, l'aspect, l'habitus extérieur des foyers traumatiques ne sont pas, sous ce rapport, des éléments suffisants d'appréciation.

« Donc, *toute plaie accidentelle doit être traitée comme une plaie infectée.* Quel sera ce traitement?

« Il est avéré que l'absorption virulente, par la surface traumatisée, est presque immédiate : cette rapidité d'absorption varie pourtant avec les divers microbes, et, de plus, la dose s'accroît avec la durée de l'imprégnation. Une première conclusion en dérive : la détersion de la plaie devra être *aussi précoce que possible*, pour être efficace, mais, à quelque date que ce soit, elle sera toujours utile.

« Or, l'expérience a établi : 1° que nous sommes impuissants à détruire tous les germes dans le foyer traumatique; 2° que *la défense naturelle des tissus vivants* prend une part prépondérante à la lutte contre l'infection.

« L'œuvre initiale sera donc, avant tout, une œuvre de *détersion mécanique*, minutieuse et complète, facilitée, s'il le faut, par les débridements et les excisions nécessaires, pratiquée avec le souci d'éviter les infections associées secondaires et de respecter l'intégrité des cellules vivantes, que nous devons *aider dans leurs réactions de défense*, rien de plus.

« L'eau stérile, le sérum artificiel, les compresses stérilisées, bouillies, répondent entièrement à ces desiderata : ce n'est pas la nature du liquide employé, c'est son mode d'emploi qui commande les résultats pratiques. Nocives à un titre élevé, les solutions antiseptiques, suffisamment diluées pour ne pas altérer les cellules vivantes, n'auront, en réalité, d'autre effet utile que cette détersion mécanique.

« Des conditions *physiques* de même ordre devront être remplies par le pansement : il sera aseptique, absorbant, protecteur, et, ajouterons-nous, immobilisateur, dans la mesure applicable aux diverses régions, et pendant une période variable.

« 2° *Plaies infectées, dont l'infection se traduit par des réactions, locales et générales, plus ou moins accusées.*

« Ici encore, deux éventualités sont à distinguer : *a*. Les signes cliniques d'infection sont de date récente : *la plaie ne suppure pas*. — *b*. La plaie est *en pleine suppuration*.

« Dans l'un et l'autre cas, la *sérothérapie spécifique* serait tout indiquée : c'est la méthode scientifique naturelle, celle de l'avenir. Malheureusement elle n'a pas dépassé encore certaines bornes assez étroites. Nous ne possédons que le sérum antitétanique et le sérum antistreptococcique : le premier ne fournit encore de résultats qu'à titre préventif; le second a été appliqué surtout dans l'infection puerpérale et l'érysipèle. Contre les autres infections microbiennes des plaies, nous n'avons pas de sérum jusqu'ici efficace, et nous sommes désarmés devant les infections associées. C'est donc là tout un côté de la question, et le plus important, qui reste à l'étude.

« Le traitement du foyer local n'en est que plus nécessaire; et, comme dans la première hypothèse, nous devons nous proposer un double but : déterger la surface, toute la surface de la plaie, c'est le rôle de l'intervention première; favoriser l'exosmose, le drainage continu, sur toute cette surface, et prévenir toute stagnation, toute infection surajoutée, c'est le rôle du pansement.

« La besogne de détersion est, là encore, *surtout mécanique*, et l'action du pansement doit être *surtout physique*. Si ces conditions sont bien et dûment remplies (et elles ne sauraient l'être que par une technique très précise et très sévère), nous aurons, dans la mesure qui nous est actuellement possible, soustrait les cellules vivantes à l'agression des agents septiques, sans nuire à leurs réactions de défense, et tels sont les deux termes fondamentaux du problème.

« Devant une plaie en pleine suppuration, la méthode rationnelle procède des mêmes principes : la mise en plein air, la mise au net du foyer suppurant, le *drainage total et continu*, assurés d'abord par les incisions ou les débridements nécessaires, et ensuite par les propriétés physiques et absorbantes, au sens complet du mot, des pansements.

« Enfin, dans certaines formes putrides et gangréneuses, dans certaines plaies cavitaires, l'*eau oxygénée*, qui paraît agir puissamment sur les anaérobies, devient une précieuse ressource, et la preuve est faite de son efficacité.

« 3° *Plaies infectées, avec infection générale grave. Septicémies traumatiques.* — Cette fois encore, c'est à la sérothérapie spécifique qu'il faudrait demander les éléments d'une thérapeutique rationnelle, et dont l'action est, d'ailleurs, beaucoup moins certaine qu'aux premiers stades de l'infection. Or, nous ne pouvons guère, à l'heure actuelle, enregistrer que des essais, et le sérum antistreptococcique lui-même n'a été utilisé que rarement dans les septicémies traumatiques : à haute dose, il mérite d'être largement expérimenté.

« En attendant les solutions pratiques de ce grand problème, nous ne devons pas renoncer au traitement local, à la détersion large, totale, du

foyer, réalisée par tous les procédés rationnels, et dont l'efficacité, pour être assez restreinte dans ces infections généralisées, l'est pourtant d'autant moins que l'intervention est plus précoce et plus complète. D'autre part, nous devrons aider, par tous les moyens possibles, la défense naturelle et la résistance vitale de l'organisme, et, sous ce rapport, la *sérothérapie artificielle*, qui restaure la pression sanguine et active, la diurèse, devient, employée à hautes doses, une méthode bienfaisante. »

Discussion. — M. le Dr MAYLARD (de Glasgow) a pris la parole sur ce sujet.

M. le Dr JACOBS (d'Anvers). — *Contribution au traitement chirurgical des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage et particulièrement du cardia.*

Le traitement des rétrécissements de l'orifice de sortie de l'estomac est devenu relativement facile. Il n'en est pas de même de ceux de l'orifice d'entrée, le cardia.

Malgré les ressources de la chirurgie moderne, on n'est pas encore parvenu à avoir raison des tumeurs de la partie inférieure de l'œsophage : jusqu'à présent ces affections sont au-dessus de nos moyens.

Le traitement même d'une affection, anodine en elle-même, le rétrécissement spasmodique de l'œsophage, plus généralement du cardia, a été jusqu'à présent des plus aléatoires et l'on peut dire que cette affection est plus difficile à guérir qu'un cancer du pylore reconnu au début.

Outre les médications antispasmodiques (pharmaceutiques, hydrothérapiques, etc.), on a particulièrement employé, contre cette affection, le cathétérisme méthodique et progressif; mais sans succès certain, et cela parce que le pharynx ne permet pas d'introduire des bougies d'un calibre assez fort pour obtenir une dilatation suffisante.

L'instrument que l'auteur a l'honneur de présenter au Congrès, obvie à cet inconvénient. Il est essentiellement composé de deux parties : une tige articulée de moins de 1 centimètre de diamètre et d'un fuseur terminal de 10 centimètres de long et d'un diamètre de 1 centim. et demi, l'instrument étant fermé.

Ce fuseur, qui est le véritable dilatateur, est formé de cinq côtes qui, par un mécanisme analogue à celui d'un parapluie, peuvent s'éloigner parallèlement et augmenter ainsi la circonférence du système. Ouvert au maximum, on obtient une dilatation de 3 centim. 75 de diamètre. A mesure que l'appareil s'ouvre, le diamètre obtenu est indiqué sur un cadran.

Trois cas de sténose spasmodique du cardia ont été opérés au moyen de cet instrument. Le premier chez une demoiselle de vingt-neuf ans, souffrant depuis seize ans et réduite, au moment de l'opération, à une alimentation exclusivement liquide, administrée par la sonde.

Le deuxième cas est celui d'un homme de quarante ans, atteint en même temps d'asthme cardiaque et arrivé au dernier degré de l'émaciation; il se nourrissait également d'une matière exclusive par la sonde, qu'il avait dans les derniers temps, beaucoup de peine à introduire.

Le troisième cas se rapporte à une jeune fille de dix-neuf ans, souffrant

depuis quatre ans (elle pesait 42 kilogr.) et chez laquelle le diagnostic de la tuberculose avait été avancé. En effet, la stase œsophagienne avait provoqué chez elle une infection des voies respiratoires par aspiration de parcelles alimentaires.

Le résultat de l'opération a été brillant chez ces trois malades : la guérison a été complète et elle s'est maintenue; tous les trois ont augmenté considérablement de poids.

On peut donc légitimement espérer que ce dilatateur est appelé à rendre de grands services dans les cas de sténose par spasme non seulement du cardia, mais de tout autre segment de l'œsophage. Il permettra de guérir sûrement une maladie considérée un peu comme incurable. C'est cette conviction qui a encouragé l'auteur à le présenter à l'appréciation du présent Congrès.

M. le Dr J.-A. Fort (de Paris). — *Traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse linéaire.*

L'auteur emploie l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements œsophagiens depuis une douzaine d'années environ. Il en donne la technique et 14 observations à l'appui.

Les malades atteints de rétrécissement œsophagien peuvent être classés selon trois catégories, dans l'ordre suivant :

1° Ceux qui sont atteints de rétrécissement cicatriciel, dont les cicatrices œsophagiennes ont été produites par l'ingestion de quelque liquide caustique comme la potasse, l'ammoniaque, la perchlorure de fer, l'acide chlorhydrique, etc.

2° Ceux qui sont affectés de rétrécissement organique, les plus fréquents malheureusement, et contre lesquels la chirurgie est impuissante.

3° Ceux qui ont un rétrécissement fibreux, suite d'inflammation, nommés pour les distinguer des cicatriciels et des organiques, et qui constituent une catégorie à part, fort peu connue et qu'il ne faut pas confondre avec les deux autres. Chez ces malades, le rétrécissement constitue une gêne plutôt qu'une véritable maladie. Ces rétrécissements se font remarquer par leur longue durée et leur peu de gravité.

Lorsqu'un malade, affecté de rétrécissement œsophagien, qu'il soit cicatriciel ou organique, est arrivé à ne plus se nourrir que d'aliments liquides, il est de règle de lui proposer la gastrostomie. Cette opération est fort grave. Non seulement elle est pleine de dangers, mais encore elle ne donne que peu de survie aux malades. Enfin, dans les cas très rares où le malade guérit, il est soumis à un mode d'alimentation anti-physiologique.

Par l'électrolyse linéaire on guérit définitivement les rétrécissements cicatriciels et fibreux, suite d'inflammation ou d'ingestion de liquides caustiques. On améliore les rétrécissements organiques, on les dilate suffisamment pour permettre l'alimentation directe, et on donne ainsi de la survie au malade.

M. le Dr Murphy (de Chicago) lit un long travail sur *la chirurgie du poumon.*

M. le Dr Murphy dit que le jour n'est plus où l'on doit traiter le thorax, au point de vue chirurgical, autrement que toute autre cavité du corps. Pendant des années, ce fut un axiome qu'un abcès devait être ouvert, dans n'importe quelle région, même dans le cerveau. Or, maintenant les opérateurs s'arrêtent encore au poumon et n'osent pas l'aborder. La crainte des chirurgiens, c'est de voir survenir la rétraction du poumon au moment où l'on ouvre le thorax, bien qu'il soit démontré par des expériences sur les animaux que cet accident puisse être facilement évité. Le principal agent de la respiration est le vide créé par les mouvements de haut en bas du diaphragme. Lorsque le thorax du côté droit est ouvert, ce vide, qui existe à gauche, au lieu de permettre l'expansion du poumon, provoque une déviation du médiastin de son côté, déviation qui détermine la compression de ce poumon.

Quand on empêche cette déviation de se produire par un procédé quelconque, le collapsus ne survient pas et l'opération est parfaitement exempte de danger. C'est pourquoi il est d'avis que l'on peut traiter chirurgicalement le poumon comme tout autre organe, en s'efforçant d'obtenir les résultats ci-dessus.

M. le Dr A. Voïnitch-Sianojentzky (de Saint-Pétersbourg). — *Péricardotomie à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen.*

La péricardotomie par une seule incision longitudinale à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen, est tout à fait simple et facile.

L'incision correspondant exactement à l'axe anatomique du médiastin antérieur donne la possibilité de pénétrer dans le péricarde sans intéresser la plèvre, et de la façon la plus sûre, quelle que soit la dimension de l'épanchement péricardique.

Ce procédé doit être préféré absolument pour les cas de petits épanchements péricardiques ou lorsqu'il est impossible de diagnostiquer le volume de l'épanchement.

L'incision longitudinale peut être agrandie sans aucune difficulté en bas jusqu'au fond du péricarde, aussitôt que celui-ci est découvert, grâce à quoi on peut toujours obtenir le meilleur drainage, quelle que soit la disposition du fond du péricarde.

Le tubercule de la sixième articulation chondro-sternale gauche est un point de repère de l'incision et de la ponction du péricarde.

M. le Dr G. Nanu (de Bucarest). — *Un cas de plaie de cœur traité par la suture.*

Il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans la région du cœur et qui, à son entrée à l'hôpital, présentait une pâleur extrême des téguments, des sueurs profuses, du refroidissement des extrémités, de la cyanose des lèvres, de la dyspnée, un pouls filiforme et intermittent, de la douleur dans la région précordiale, etc. Dans le 3e espace intercostal gauche, et à 4 centimètres du bord sternal, on découvrit une plaie transversale de

2 cent. 1/2 d'étendue. Les battements cardiaques n'étaient plus perceptibles.

M. Carnabel, adjoint de M. Nanu, se décida à intervenir immédiatement. Voici en quoi consista cette intervention :

Prolongement en dedans, jusqu'au milieu du sternum, de la plaie déjà existante; puis, par une autre incision qu'on fit perpendiculairement à la première, on limita deux lambeaux; résection des 2e et 4e cartilages costaux. Le champ d'exploration ayant été ainsi agrandi, on trouva une plaie de la plèvre et, tout près du sternum, une autre du péricarde. Cette dernière saignait abondamment; tamponnement de la première et agrandissement de la plaie péricardique. La fixation des bords de celle-ci avec des pinces hémostatiques permit d'explorer le cœur. Cet organe présentait une plaie de 2 centimètres qui avait intéressé toute l'épaisseur de sa paroi, près du sommet.

Le petit doigt pouvait être introduit à travers cette plaie. Le cœur était petit, éloigné de la paroi thoracique et dans un état de péristaltisme. En le saisissant avec la main gauche, pour le fixer, et en se servant d'une aiguille de Reverdin, on arriva à suturer la plaie par trois points séparés au catgut n° 1. Après la suture, l'hémostase était complète. On fit la toilette du péricarde et de la plèvre, on sutura la plaie du premier par un surjet au catgut et on draina avec de la gaze celle de la plèvre. L'opération dura une heure et demie.

Le cinquième jour, à 1 heure du matin, le malade succomba. A l'autopsie, faite par M. Babès, on trouva dans la plèvre une grande quantité de liquide séro-sanguinolent, avec odeur de gangrène. Le ventricule droit était plein de caillots. La cloison interventriculaire était très injectée et recouverte de pseudo-membranes épaisses et adhérentes.

Près du sommet du cœur et vers la cloison, on trouva la plaie; ses bords étaient bien adossés par les trois points de suture.

La mort était donc due à l'infection de la plaie cardiaque et de la plèvre.

M. le Dr G. Nanu (de Bucarest). — *L'opération de Halsted pour le cancer du sein.*

« Dans l'opération du cancer du sein, Halsted a conseillé l'extirpation large des ganglions axillaires et sus-claviculaires, ainsi que l'extirpation des deux muscles pectoraux, afin de mettre la malade à l'abri de la récidive.

« M'inspirant des préceptes donnés par ce chirurgien, j'ai opéré, le 28 mars, une femme atteinte d'un cancer du sein droit. La tumeur était ulcérée et sécrétait un liquide ichoreux, fétide. Les ganglions de l'aisselle correspondante étaient pris et formaient une vraie tumeur; dans l'autre aisselle, on sentait aussi quelques ganglions, manifestement cancéreux. L'affection datait de trois ans.

« Par une longue incision ovalaire à grosse extrémité inférieure, j'ai circonscrit, me tenant à une grande distance des tissus morbides, la tumeur mammaire et celle des ganglions axillaires. Avec un couteau à amputation, j'ai rasé les côtes et j'ai enlevé d'un seul coup la tumeur mammaire et les

muscles pectoraux. Cela m'a permis d'éviter la contamination de la plaie par les éléments cancéreux. J'ai extirpé ensuite la tumeur axillaire, en tâchant d'enlever tout le tissu cellulo-graisseux et en suivant le même précepte, quant à la possibilité de l'inoculation.

« Une perte de substance très étendue a résulté de cette extirpation. Je l'ai comblée, en faisant une autoplastie à la manière de Graeve et Legueu.

« Partant de la plaie et me dirigeant vers le côté opposé, j'ai incisé les téguments de la face antérieure de la poitrine, en haut et en bas, de manière à limiter un large lambeau quadrangulaire, dans lequel j'ai conservé la mamelle. Il en est résulté une surface saignante de presque toute la face antérieure de la poitrine. Néanmoins, j'ai réussi à la couvrir entièrement, par la suture du lambeau aux bords de l'incision. La mamelle saine fut ainsi amenée à peu près à la place de celle que j'ai enlevée.

« La réunion par première intention fut obtenue, sur toute la périphérie du lambeau; une bande seulement, longue de 7 centimètres et large de 2 centimètres de son bord inférieur, près de l'angle, s'est sphacélée. Dans une autre séance, j'ai enlevé aussi les ganglions de l'aisselle gauche.

« Aujourd'hui, la guérison est complète. La malade ne souffre plus, et en ce qui concerne l'impotence fonctionnelle du bras, elle ne s'en plaint point, tellement elle est minime. »

M. le Dr Roques de Fursac (de Paris). — *Pseudarthrose de l'humérus avec paralysie radiale. Suture de l'humérus et greffe du radial sur le médian.*

L'observation concerne un homme de vingt-huit ans qui, en septembre 1894, dans une chute de voiture, se cassa le bras. A la suite de cet accident, et malgré tous les appareils plâtrés et tous les massages, il garda une impotence fonctionnelle à peu près complète de son membre. Appelé à le voir il y a à peu près un an, M. Roques de Fursac diagnostiqua à la fois une néarthrose humérale et une paralysie radiale; la radiographie confirma l'existence de la néarthrose. Une intervention s'imposait : elle consista dans la résection des extrémités osseuses sur une étendue de 3 centimètres et dans leur réunion à l'aide d'une cheville en os et d'une suture au fil d'argent. L'opération fut complétée par la greffe du bout inférieur du radius sur le médian, au niveau de l'avant-bras. Au bout de quatre-vingt-huit jours la suture osseuse était parfaite, mais la greffe nerveuse avait échoué; du moins la paralysie radiale était-elle aussi complète qu'auparavant.

M. le Dr Bonomo (de Florence). — *Cure des hernies.*

« Dans la cure radicale de la hernie crurale, la plus grande difficulté réside dans la tension et la résistance de l'arcade de Fallope, et il est avant tout nécessaire, pour avoir un bon résultat, d'obtenir l'affaissement de cette arcade. Le grand nombre de procédés proposés pour le traitement opératoire de la hernie crurale suffit à prouver que la plupart d'entre eux ne donnent pas des résultats très satisfaisants. Dans le procédé que j'emploie, j'oblitère le sac avec des fils en bourse; puis je ferme l'anneau

crural en abaissant la paroi postérieure du canal inguinal jusqu'au niveau de la branche horizontale du pubis et en la fixant à ce niveau à l'aponévrose du pectiné. »

M. le Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (de Paris) a parlé à ce propos sur les *hernies crurales.*

Dans les opérations de hernie crurale, si l'on veut supprimer complètement l'infundibulum herniaire, il faut commencer par inciser largement le fascia cribriformis, puis faire un très large décollement de la séreuse, de façon à avoir un pédicule qui, après la ligature, puisse remonter très haut au-dessus de l'anneau crural. Quant à ce dernier, on l'oblitère très suffisamment en ramenant vers le ligament de Gimbernat les débris du fascia cribriformis et tout le tissu fibreux adjacent, et en les y fixant avec quelques points de suture.

SÉANCE DU 8 AOUT (*Matin*).

M. le Dr MAYLARD (de Glasgow). — *Des interventions exploratrices précoces dans les affections obscures de l'estomac.*

Les interventions exploratrices précoces présentent, dans les affections obscures de l'estomac, un double avantage. L'organe mis à découvert, la palpation et l'inspection permettent de dire si l'on se trouve en face d'une affection bénigne ou non. Dans le premier cas, on peut rassurer le malade et le soumettre à un traitement approprié. Dans le second cas, on peut, séance tenante, extirper la tumeur maligne et opérer par conséquent de bonne heure.

Pour que l'opération exploratrice reste bénigne, il faut se conformer aux règles suivantes :

Préparer le malade par deux lavages de l'estomac faits dans les quarante-huit heures qui précèdent l'opération; évacuer l'intestin; donner un lavement alimentaire et faire une injection sous-cutanée de strychnine immédiatement avant l'opération.

Faire la laparotomie, le plus souvent médiane, examiner la mobilité de l'estomac et l'existence des adhérences, palper les parois.

Pour l'inspection de la surface interne, inciser la paroi antérieure et évacuer le contenu de l'estomac au moyen de plusieurs lavages; examiner ensuite la face interne de l'estomac ou à travers l'incision faite à la paroi, en se servant d'un spéculum ou d'une petite lampe, et en complétant cet examen par l'exploration digitale. L'examen terminé il ne reste plus qu'à fermer la plaie.

Ce procédé a rendu des services très appréciables dans de nombreux cas dans lesquels M. Maylard l'a employé.

M. le Dr RYDYGIER (de Lemberg). — *Expérience personnelle sur les opérations de l'estomac faites par l'auteur depuis 1881 jusqu'à ce jour.*

L'orateur rectifie une erreur qui s'est généralisée dans les auteurs classi-

ques au sujet de la première méthode type de pylorectomie, qu'on appelle à tort le premier procédé de Billroth. Il est heureux de saisir l'occasion pour déclarer que Billroth n'a fait que copier ou à peu près tous les temps d'une opération que lui, Rydygier, avait déjà pratiquée avant lui. La méthode de la pylorectomie circulaire avec anastomose termino-terminale, réunissant le duodénum et l'estomac bout à bout, doit donc être appelée dorénavant « méthode de Rydygier » et il faut réserver le nom de « méthode de Billroth » à ce que l'on a désigné jusqu'ici sous le nom de « deuxième procédé de Billroth », c'est-à-dire à ce procédé dans lequel, après la résection de l'estomac, on ferme à part les brèches stomacale et duodénale pour faire ensuite une gastro-entérostomie.

Pour terminer, l'auteur désire indiquer une modification qu'il a apportée à sa technique de suture. Depuis quelque temps il fait, non plus trois plans de suture comme auparavant, mais seulement deux, savoir : un plan profond qui comprend la totalité des tuniques intestinale et stomacale, et un plan superficiel musculo-séreux sous lequel on enfouit le premier; toutes ces sutures sont faites en surjet.

M. le Dr Eiselsberg (de Königsberg). — *160 opérations de l'estomac faites dans ces quatre dernières années à Königsberg.*

Von Eiselsberg apporte la statistique détaillée des opérations qu'il a pratiquées sur l'estomac dans ces dernières années.

Les affections de l'estomac qui ont fourni des indications à l'intervention sont : 1° corps étranger de l'estomac, 1 cas; 2° brûlures de l'estomac, 6 cas (œsophage, 3 cas; pylore, 2 cas; œsophage et pylore à la fois, 1 cas); 3° ulcères de l'estomac, avec ou sans rétrécissement consécutif, 64 cas; 4° tumeurs, 87 cas (dont 1 cas seulement de tumeur bénigne); 5° spasme du pylore, 1 cas.

Sur ces 161 opérés 42 sont morts, soit une mortalité générale de 26 pour 100; 35 fois la mort a été la conséquence de l'opération; dans 7 cas elle est due à une perforation spontanée, survenue loin de la bouche, ou à une péritonite développée déjà au moment de l'intervention.

Les 35 morts opératoires se divisent comme suit : 11 cas de choc, collapsus, anémie; 11 cas de péritonite (dont 2 parce que les sutures avaient cédé); 5 cas où la nouvelle bouche n'a pas fonctionné (3 circulus viciosus dans des gastro-entérostomies antérieures; 1 suture défectueuse due à la faute du chirurgien dans un cas de jéjunostomie par le procédé de Maydl, 1 anomalie congénitale du côlon transverse); 1 cas d'ileus; 5 cas de bronchopneumonie; 2 cas de cachexie cancéreuse.

Dans les tumeurs, les *indications de la résection* sont restreintes. M. von Eiselsberg a toujours pratiqué cette dernière d'après les deux méthodes de Billroth, ne voyant pas d'avantages dans celle de Kocher. La *gastroplastie* et la *pyloroplastie* sont des opérations rapides, mais qui offrent le danger de récidiver. Pour la *gastro-entérostomie*, la meilleure méthode est la gastro-entérostomie *rétrocolique postérieure*, faite avec les fils de soie. Pour la *gastrostomie*, l'auteur emploie la méthode de von Hacker ou celle de Witzel.

Pour la *jéjunostomie*, la méthode de Witzel est préférable à celle de Maydl. Statistique : Gastrorraphie, 1 cas, 1 mort; gastrotomie, 1 cas, 1 guérison; gastrostomie, 14 cas, 5 morts; gastroplastie (estomac en bissac), 7 cas, 2 morts; gastro-anastomose, 1 cas, 1 guérison; pyloroplastie, 6 cas, 6 guérisons; résection atypique de l'estomac, 3 cas, 1 mort; résection du pylore, 27 cas, 7 morts; gastro-entérostomie, 86 cas, 22 morts; exclusion du pylore, 2 cas, 2 guérisons; jéjunostomie, 13 cas, 4 morts.

M. le Dr HARTMANN (de Paris). — *Chirurgie de l'estomac.*

M. Hartmann a pratiqué pendant ces quatre dernières années 81 opérations sur l'estomac avec 16 morts. Ces 81 opérations se décomposent comme suit : 20 gastrectomies avec 5 morts; 40 gastro-entérostomies avec 8 morts; 2 interventions pour ulcère avec perforation brusque et péritonite, 1 mort; 2 interventions pour ulcère avec perforation lente et abcès sous-phrénique, 1 mort; 9 cœliotomies exploratrices, 1 mort; 1 pyloroplastie, 6 gastrostomies, 1 gastrorraphie et gastropexie combinées, toutes guéries.

La gastrostomie doit être faite de bonne heure; avec le procédé qu'il emploie, l'auteur déclare que la bouche est du reste continente et non rétractile.

La gastro-entérostomie, admise sans conteste dans les cancers non extirpables et dans les sténoses fibreuses, donne encore des résultats excellents dans l'ulcère floride et même dans les dyspepsies rebelles, si ces dyspepsies s'accompagnent du syndrome pylorique (douleurs violentes survenant plusieurs heures après le repas).

Les 20 gastrectomies pratiquées avaient donné 5 morts; mais l'auteur fait remarquer que depuis qu'il emploie la technique opératoire plus perfectionnée il n'a eu qu'une mort sur 10 cas, et encore cette mort a-t-elle été déterminée par une faute opératoire qu'il eût été facile d'éviter. La mortalité après la gastrectomie n'est donc pas plus considérable qu'après la gastro-entérostomie. M. Hartmann a cherché à savoir ce qu'étaient devenus ses opérés. Il en a retrouvé 13; l'un deux est mort rapidement, 6 semaines après l'opération, d'une broncho-pneumonie grippale, un autre 7 mois après, d'une récidive, un autre également de récidive après 2 ans et 2 mois. 10 sont vivants, mais l'un d'eux récidive après 10 mois, un autre récidive peut-être en ce moment, après 3 ans écoulés, 8 sont bien portants après 2 mois et demi, 4, 6, 9, 15, 17 mois, 2 ans et 2 mois; les résultats sont donc supérieurs à ceux de la gastro-entérostomie qui, dans les mêmes circonstances, n'a donné en moyenne qu'une survie de 7 mois. Si ces résultats, après la gastrectomie, sont si satisfaisants, c'est grâce à la nouvelle technique adoptée par l'auteur, et qui lui permet d'extirper sans hémorragie et en bloc toute la région pylorique, la petite courbure et les ganglions.

Pour qu'une ablation de cancer de l'estomac soit complète, il faut enlever la petite courbure et les ganglions qui existent le long de la branche de bifurcation droite de la coronaire. Dans ce but, l'auteur attire l'estomac en avant, il lie la branche de bifurcation droite de la coronaire, place sur l'estomac des pinces à mors élastiques, ne gardant du viscère que la grosse tubérosité et le cardia; il sectionne le long des pinces, et rabat la région

pylorique sur la lèvre droite de l'incision. Au fond du sillon pancréatico-pylorique, il donne un coup de sonde, et lie la gastro-duodénale. A partir de ce moment, il peut extirper le bloc malade.

M. le Dr Jean-Baptiste SEGALE (de Gênes). — *Procédé de pyloroplastie par glissement.*

Faisant d'abord un résumé historique, l'auteur explique le but de son étude, convaincu que dans les cas de sténose du pylore appelée communément bénigne, on doit donner la préférence à la pyloroplastie, opération qui évite le déplacement des viscères, qui par conséquent n'altère pas la péristaltique et favorise le mieux le rétablissement des fonctions motrices de l'estomac. Il accepte l'opinion des partisans de la gastro-entérostomie, à savoir que la pyloroplastie exécutée par le procédé ordinaire présente très souvent des difficultés techniques et quelquefois même ne peut pas être exécutée si ne se vérifient pas des dispositions spéciales des parties : mobilité ou mobilisation facile de la portion gastro-duodénale, épaississement pas excessif de sa paroi. Ces conditions favorables manquent bien souvent à cause des pylorites et des péripylorites, effets, ou causes efficientes des sténoses. L'auteur tenant compte de ces considérations, ne s'est pas servi de l'incision longitudinale et de la réunion transversale (procédé classique), mais il pensa obtenir l'augmentation du diamètre de l'anneau sténosant par glissement, en direction opposée des deux lambeaux d'une incision curviligne pratiquée sur la paroi gastro-duodénale antérieure et en rapport déterminé avec l'anneau sténosé.

L'auteur rapporte ensuite sa statistique : deux malades avec sténose grave, compliquée par des adhérences péripyloriques, épaississement des parois et désordres fonctionnels graves, ont été opérés avec le procédé susénoncé aux Hôpitaux Galliera, à Gênes. Les suites de l'opération ont été excellentes et le bon résultat a été constaté par les Congressistes au Ve Congrès régional de la Ligurie en 1899, à Chiavari, où les opérés ont été présentés deux ans après l'opération, avec le rétablissement complet des fonctions de l'estomac.

M. le Dr MARÉCHAL (de Châtillon-sur-Seine). — *De la nécessité d'opérer l'appendicite, dès le début confirmée par une opération personnelle.*

L'auteur communique un cas de périlyphlite dont il tire cette conclusion, qu'au premier symptôme de l'appendicite il faut procéder immédiatement à l'opération.

M. le Dr Robert SOREL (du Havre). — *Du traitement de l'appendicite.*

Des observations publiées dans ce travail, l'auteur conclut : « Il y a des attaques d'appendicite qui se terminent par la résolution. Cette terminaison heureuse a lieu le plus souvent à la suite de la première attaque. »

Mais il n'existe aucun signe au début, permettant de distinguer les cas qui se terminent par résolution de ceux qui aboutissent à la formation d'abcès ou à une perforation avec péritonite.

Aussi estime-t-il qu'en présence des premiers signes d'une appendicite, il faut opérer sans retard. L'opération précoce assure la guérison de l'attaque et permet en même temps de faire très simplement la cure radicale.

M. le Dr Thiéry (de Paris). — *Les méthodes de sécurité dans le traitement opératoire de l'appendicite.*

M. Thiéry présente quelques considérations sur un procédé encore peu connu de résection de l'appendice à froid, appuyées d'une statistique de 30 cas, opérés depuis 1895, en dehors du service de garde des hôpitaux, avec 29 succès.

En ce qui concerne l'appendicite suppurée, avec foyer localisé, M. le Dr Thiéry se contente d'inciser l'abcès et de le drainer, et ne résèque l'appendice que s'il se présente d'emblée au chirurgien.

Puis, parlant de la résection à froid de l'appendice, l'auteur insiste sur la complication fréquente de la péritonite aiguë secondaire, par insuffisance de la technique destinée à oblitérer le moignon appendiculaire. Il fait aux différents procédés généralement employés le reproche de la rupture possible d'une suture intestinale, et préconise un procédé spécial, qui ne lui a donné jusqu'ici aucun insuccès, et dont voici la technique opératoire :

L'abdomen ouvert, l'appendice saisi et attiré à l'extérieur, après libération de son méso, est, *dans un premier temps*, fixé aux lèvres péritonéales par quatre fils cardinaux passant dans l'épaisseur de ses parois; le reste de l'incision péritonéale est fermée par un plan de sutures, de préférence au catgut.

Dans un deuxième temps, aucune communication n'étant plus à craindre avec la cavité péritonéale, l'appendice, est, après la ligature de sa base, réséqué sans danger, avec ou sans suture séro-séreuse du moignon.

Enfin *un troisième temps* comprend le drainage de la plaie et la suture des parois.

La guérison est, ou complètement aseptique, ou le plus souvent précédée d'une exsudation stercoro-muqueuse, quelquefois purulente, due à la section du moignon par le fil constricteur, et rendue absolument inoffensive par le drainage.

M. Thiéry termine en répondant aux objections formulées contre l'appendicopexie, en disant que le procédé est d'une sécurité absolue, qu'aucun de ses malades n'a présenté de douleurs dues à des adhérences, qu'enfin il ne persiste pas de fistule.

M. le Dr Robert-F. Weir (de New-York). — *Une nouvelle modification de l'opération pour appendicite, destinée à assurer l'intégrité de la paroi abdominale.*

Voici une modification du procédé intra-musculaire de Mac Burney, qui ne donne qu'un champ opératoire restreint, situé entre l'épine antérieure et supérieure et le bord du muscle droit. L'auteur de cette méthode en limita sagement l'application aux cas qui devaient être opérés pendant les intervalles des attaques, « à froid », comme disent les médecins français. Néanmoins, un certain nombre de chirurgiens ont essayé d'employer cette

façon de faire dans les cas aigus, mais, ou bien ils se sont trouvés embarrassés par l'étroitesse du champ opératoire, ou bien ils se sont vus forcés d'agrandir l'ouverture de la paroi abdominale. L'auteur a proposé qu'après l'ouverture de la cavité péritonéale, au moyen du procédé de Mac Burney, lorsqu'on se trouve dans la nécessité de se faire plus de place, on arrive à cet élargissement en soulevant la partie interne de l'aponévrose incisée du muscle oblique externe, soit avec les doigts, soit au moyen de la partie mousse des ciseaux, et cela jusque près de la ligne médiane. Ce procédé découvre la gaine antérieure du muscle droit. Cette enveloppe est ensuite incisée transversalement, puis le muscle droit est tiré fortement vers l'intérieur, ce qui en découvre la gaine postérieure. Celle-ci, à son tour, est incisée transversalement, ce qui continue l'ouverture première du péritoine et donne une ouverture qui s'étend depuis l'épine antérieure et supérieure jusqu'à la ligne médiane. Des écarteurs agrandiront commodément cet espace et donneront un champ étendu, permettant d'opérer à l'aise dans l'abdomen.

L'opération une fois terminée, la gaine postérieure incisée du muscle droit, ainsi que le péritoine, sont fermés au moyen d'une suture au catgut interrompue ou continue, qui peut être appliquée à la plaie entière, à moins que l'on ne juge bon d'opérer un drainage. Le muscle droit, que l'on avait rétracté, est laissé libre de revenir à sa position première. Sa gaine antérieure est soigneusement fermée au moyen de sutures au catgut encore plus fortes. Après quoi, les bords de la gaine incisée du muscle oblique externe sont à leur tour affrontés et suturés. La suture de la peau complète l'opération.

Weir a employé ce procédé dans 62 cas; dans 27 de ces cas, il y a eu des complications inattendues dans l'enlèvement d'un appendice à froid. Des 35 autres cas, tous, sauf un seul pour grossesse en ectopie, furent opérés d'une façon semblable pour appendicite aiguë. Dans la plupart de ces derniers cas, on eut recours au drainage pendant deux ou trois jours; ce drainage fut assuré au moyen de bandes minces de caoutchouc (et non de gutta) qui furent pliées sur elles-mêmes, ce qui permit un prompt enlèvement. Une suture provisoire au catgut, disposée au moment de l'opération, peut être utile au moment de l'enlèvement du drain et peut servir, quand l'écoulement a été faible, à fermer l'orifice de drainage.

Jusqu'ici, il ne s'est pas produit de hernies, mais il faut encore des délais pour pouvoir juger pertinemment ce point.

Cette méthode opératoire a été adoptée par plusieurs autres chirurgiens américains et notamment par Fowler (de New-York), qui publia ensuite un exposé semblable de cette idée.

M. le Dr Ochsner (de Chicago). — *L'élimination de l'appendice enflammé, perforé ou gangrené de la cavité péritonéale.*

L'appendice est situé au-dessous et en arrière du cæcum, au-dessous du bout cæcal de l'iléon et près du péritoine pariétal, dans un point où

l'épiploon (omentum) peut entourer facilement l'organe malade. Quand celui-ci, c'est-à-dire l'appendice, est enflammé, ou perforé, ou gangrené, l'épiploon l'entoure, les anses de l'intestin grêle l'appliquent contre la face externe de l'épiploon, et si cette disparition n'est pas troublée, l'appendice se trouve éliminé de la cavité péritonéale générale.

Cette disposition peut être troublée par les mouvements péristaltiques de l'intestin, lesquels mouvements peuvent déplacer l'épiploon protecteur, faire arriver dans la cavité péritonéale les matières septiques de l'appendice et transformer ainsi une péritonite locale bénigne en une péritonite généralisée grave.

Pour éviter ces mouvements, il faut éviter l'administration des aliments par la voie stomacale ainsi que les purgatifs. En alimentant le malade par la voie rectale pendant la période aiguë, on se trouve, en intervenant plus tard, en face d'un appendice séparé de la cavité péritonéale, et les résultats qu'on obtient sont excellents.

Ces considérations découlent de l'étude de 500 cas personnels.

M. le Dr Édouard SONNENBURG (de Berlin). — *Traitement de la péritonite diffuse après l'appendicite.*

Un fait très important pour les conditions pathologiques de la cavité péritonéale, c'est l'énorme résorption du péritoine, ainsi que la propriété du péritoine, lorsqu'il se produit des irritations, de former en grande quantité des tissus plastiques et ensuite des adhérences. Ce qui est sûr, c'est que la pénétration des micro-organismes non pathogènes dans la cavité abdominale de l'homme ne produit pas nécessairement toujours la péritonite. — L'auteur distingue étiologiquement trois sortes de péritonite : la péritonite bactérienne, la plus fréquente dans les inflammations de l'appendice vermiculaire au cæcum. Les produits des bactéries agissant chimiquement, la toxine bactérienne produit la péritonite chimique et la péritonite mécanique; expliquant ces trois sortes de péritonite, l'auteur remarque que les malades, avant le développement du processus local dans la péritoine, succombent à la toxihémie générale. L'appendicite perforante est la cause la plus fréquente de la péritonite diffuse; 80-90 p. 100 des péritonites sont dues à la périthyphlite, et on distingue plusieurs formes de péritonite à la suite de la périthyphlite.

C'est d'abord *la sepsis péritonéale* qui est la forme la plus grave de l'infection.

La forme diffuse, sanieuse, purulente, de la péritonite se développe aussi le plus fréquemment comme foudroyante, et comme suite de l'appendicite perforante et gangréneuse.

La forme progressive, fibrineuse, purulente, de la péritonite est généralement bénigne; expliquant toutes ces formes différentes — reproduites dans une brochure spéciale, — l'auteur constate la grande difficulté de reconnaître ces différentes formes d'inflammation du péritoine, et recommande, lorsqu'on ne peut pas se décider à une opération, le repos du malade et la prescription de narcotiques; toutefois il préfère à l'opium de

petites doses de morphine. L'auteur mentionne aussi que le drainage de la cavité abdominale n'est qu'illusoire; on a essayé, pour atteindre au but, un autre procédé : c'est l'ouverture de toute accumulation du pus (agglomération purulente) dans la péritonite diffuse. Le pus est évacué par des lavages avec une solution chaude de sel de cuisine, et ensuite on procède au drainage péritonéal général. Ce dernier procédé radical a toutes les sympathies de l'auteur, mais cependant il n'a jamais obtenu de succès appréciable, et il pense que peut-être la décision définitive dépendra d'une grande série d'observations. Pour le moment, dit-il, il faut beaucoup de courage, et les mauvaises expériences certes ne manqueront pas non plus.

Le procédé opératoire dans la péritonite purulente progressive ne devrait pas seulement se borner à l'évacuation de l'exsudat, mais on doit obtenir aussi l'ouverture d'autres enkystements.

Pour le traitement consécutif, l'auteur recommande en première ligne d'enlever du corps aussi vite que possible les matières toxiques.

L'évacuation de l'estomac et du canal intestinal joue dans ces cas un très grand rôle. Dans les premiers jours, on se borne généralement à l'introduction d'un tube intestinal, etc., etc., plus tard on prescrit aussi des purges *per os*.

Suit une statistique, publiée dans la même brochure sus-mentionnée.

M. le Dr Paul Reynier (de Paris). — *Quand peut-on dire qu'on opère une appendicite à froid?*

« De plus en plus, je suis convaincu que lorsqu'on est appelé au début d'une appendicite, le traitement de choix n'est pas, comme quelques-uns ont voulu le dire, l'opération immédiate, mais le traitement par l'application de vessies de glace, le repos absolu, la diète et l'opium à l'intérieur. C'est ce traitement que mon ami le docteur Jalaguier vient de défendre, c'est celui que j'ai défendu un des premiers, dès 1896, à la Société de Médecine et Chirurgie pratiques, et auquel je reste de plus en plus fidèle à mesure que mes observations augmentent et que les faits viennent à l'appui de cette opinion.

« J'opère donc, comme beaucoup de mes collègues, de plus en plus à froid.

« Mais il s'agit de s'entendre sur ce qu'on appelle *à froid*. Aucune règle précise n'a encore été donnée.

« Pour beaucoup, à froid, c'est quand on ne sent plus d'induration, de masse suspecte, quand le ventre est devenu souple. Eh bien! cette constatation n'est pas encore suffisante : c'est ce que je vais essayer de démontrer par des observations.

« Si vous avez eu affaire à une crise appendiculaire de courte durée, sans réaction péritonéale, le ventre restant souple, la douleur disparaissant dans les vingt-quatre, quarante-huit heures : dans ces cas, l'opération à froid peut se faire au bout de 15 à 20 jours.

« Mais encore faut-il qu'il n'y ait pas eu de fièvre, car si pendant deux jours il a existé de la fièvre, on peut, en opérant trop tôt, trouver, comme cela m'est arrivé encore récemment chez un jeune homme qui avait eu une

crise appendiculaire durant quarante-huit heures, sans réaction péritonéale, mais avec fièvre pendant deux jours, montant à 38°,8, un méso friable, se coupant facilement et pouvant saigner, donner lieu à ces hémorragies que signalait dernièrement M. Kirmisson.

« Toutefois, ce sont là de petits ennuis. Mais il n'y a pas là de graves accidents. Puisque toutes les opérations faites à partir du vingtième jour, dans ces conditions, m'ont donné une guérison.

« J'arrive maintenant à ces cas où la crise appendiculaire s'est accompagnée de réactions péritonéales graves au début, qui se sont calmées sans donner lieu à une collection limitée. Dans ce cas on ne saurait trop recommander de retarder le plus longtemps possible l'opération de l'appendice à froid. Cet appendice ne se refroidit que lentement, et lors même que la palpation ne révèle plus rien, dans ces formes, il faut se défier, en intervenant trop tôt, de réveiller par le traumatisme un feu qui couvait sous la cendre.

« C'est à l'appui de ces idées que je viens vous apporter ici ces deux observations qui me paraissent bien démonstratives et que j'ai choisies à cause de cela.

« Le premier malade était un jeune homme de dix-neuf ans, qui à plusieurs reprises avait eu, comme c'est la règle, des douleurs appendiculaires; trois jours avant son entrée à l'hôpital, il avait été pris, après avoir été à la garde-robe, de douleurs dans la fosse iliaque; il avait cru devoir se purger. Le lendemain, douleurs, vomissements, ballonnement du ventre, qui le retiennent au lit; il appelle un médecin qui me l'adresse. A son entrée, je trouve un malade ayant la figure contractée, le pouls à 120, rapide, cependant nettement frappé. La température est à 39. Le malade a eu un léger frisson la veille. Le ventre est contracturé, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite. Il accusait toutefois de la douleur à gauche Le matin, le malade avait eu un vomissement bilieux. Nulle part on ne trouvait de matité permettant la localisation d'une collection se formant.

« Dans ces conditions, je crus devoir me contenter du traitement médical; large application de glace sur le ventre, opium à l'intérieur, injection sous-cutanée de sérum, 1200 grammes, diète absolue.

« Le lendemain, la température, qui la veille était montée à 39°, baissait à 38° et se maintenait pendant quatre jours à cette température, 37°,9 le matin, 38°, 38°,2 le soir.

« Le ventre devenait moins douloureux, les vomissements cessaient, et le malade rendait des gaz. Je ne notais toutefois aucune localisation.

« Dans ces conditions, je continuai la glace, et me tins toujours dans l'expectative armée. Le cinquième jour de son entrée, le malade allait à la garde-robe spontanément, et le dixième jour, la température redevenait normale. Le ventre devenait souple, non douloureux.

« Le dix-septième jour de son entrée, c'est-à-dire le vingtième jour du début des accidents, le malade allait si bien, était si désireux de retourner dans son pays, que je crus pouvoir céder à ses instances et ne sentant rien d'anormal dans le ventre, de nettement appréciable, persuadé que j'allais faire une opération à froid, je me décidai à l'opérer.

« Or, à l'opération, je trouve un péritoine encore rouge, congestionné, un appendice situé du côté de la fosse iliaque, adhérent au péritoine pariétal profond, ayant un méso court, épaissi, très congestionné, très friable. L'appendice lui-même était friable, et quand je voulus placer ma ligature, il se coupa ainsi que le méso, comme quelquefois se coupent des pédicules de trompes opérées encore en période inflammatoire.

« Les ligatures se firent donc péniblement, il y eut un peu d'hémorragie et je me vis forcé de faire un drainage de la plaie, drainage assez large. Malgré cela, le soir, la température montait, le malade avait le pouls rapide; le lendemain on défait tout le pansement, on coupe toutes les sutures. Malgré cela la température continue à monter, et le malade meurt quarante-huit heures après l'opération, me laissant le chagrin de perdre un malade qu'on avait cru sauver par la manière de conduire le traitement.

« Or, pour moi, il n'y avait pas eu de faute commise dans mon opération; mon examen de conscience, la discussion du fait avec mes aides ne me reprochait rien. La seule faute que j'avais faite, et que je proclame bien haut, pour que cette observation serve d'enseignement, était d'avoir opéré trop tôt; j'avais remué le feu sous la cendre, feu qui allait s'éteindre, mais qui, par le fait de mon opération, s'était rallumé, donnant lieu aux accidents du début, mais plus intenses, car le malade était débilité et moins en état de se défendre par le fait de son attaque antérieure.

« Je cite une seconde observation, qui s'est terminée plus heureusement, mais qui montre qu'au bout de trente et un jours, il n'est pas encore prudent d'opérer dans ces formes d'appendicite, sans pus, mais à réaction péritonéales du début violentes, qui pour moi sont des appendicites érysipélateuses, aggravées comme l'érysipèle par tout traumatisme.

« Le 27 mai dernier, mon ami M. le docteur Paulesco me priait de voir, dans le service de M. Lancereaux, un jeune homme de seize ans et demi qui était depuis deux jours dans la salle.

« Depuis six mois le malade éprouvait des douleurs dans le ventre, des coliques qui quelquefois le forçaient à se coucher.

« Le 23 mai, deux jours avant son entrée à l'hôpital, il avait ressenti subitement des douleurs vives dans le ventre, après avoir été le matin à la garde-robe. En même temps que ces douleurs il était pris de vomissements alimentaires, puis bilieux. Un médecin appelé lui ordonna de mettre de la glace sur le ventre, mais cette glace est mal appliquée, irrégulièrement, et le malade ne garde pas le repos absolu sur le dos.

« Le 25 mai, quarante-huit heures après le début des accidents, il entre à l'hôpital du Perpétuel Secours. A son entrée, le ventre est ballonné, très douloureux à la palpation, principalement au niveau de la fosse iliaque droite, les douleurs s'irradiaient en arrière du côté du rein. Il se plaignait de coliques, qui étaient suivies de vomissements bilieux. Le malade vomissait d'ailleurs tout ce qu'il prenait. Les yeux étaient excavés, la voix très faible. Le pouls rapide était cependant bien frappé : 110; température 38°.

« Traitement : Glace sur le ventre, eau de Vichy, lavement purgatif. Mais je dois dire que la glace était mise parcimonieusement, au moyen d'une

vessie suspendue à un cerceau, et ne touchant le ventre que par un point très limité.

« 26 mai. — A la suite d'un lavement purgatif, selles abondantes, infectes; le ballonnement du ventre persiste cependant, la voix reste très faible, les vomissements continuent, abondants, et prennent à la fin de la journée un aspect brunâtre, rappelant celui des vomissements fécaloïdes. — Pouls 110, toujours régulier; T. 37° le matin.

« Je le vois le 27 mai au soir, et le trouve le ventre toujours ballonné, sans localisation nulle part de collection suppurée, les yeux excavés, le pouls à 120-130, les vomissements toujours abondants. Je conseille de continuer l'opium à haute dose et les applications de glace, mais de remplacer la petite vessie de glace qui touchait le ventre sur un seul point par quatre vessies mises à plat.

« Le 28 mai, l'état ne s'est pas amélioré, le ventre est toujours ballonné, les vomissements verts toujours abondants. Il éprouve des douleurs spontanées dans le ventre, plus intenses que les jours précédents. Quinze gouttes de laudanum; pouls 120; T. 37°,6, 38° le soir.

« 31 mai. — Mieux; le ventre est moins ballonné et moins douloureux; pouls 98. — Le malade demande à boire du lait; on lui en donne en petite quantité, qu'il digère.

« Depuis, son état s'améliore tous les jours, et 30 jours après le début des accidents, n'ayant vu aucune localisation se produire, M. Paulesco me l'envoie à l'hôpital Lariboisière. A son entrée, on ne percevait plus rien d'anormal dans le ventre : pas de sensibilité, pas de tuméfaction, ventre très souple. Après l'avoir laissé se reposer quelques jours, je crus pouvoir l'opérer le 10 juillet dernier, 35 jours après le début des accidents.

« Or, voici la surprise que nous réservait l'opération. Je croyais bien être à froid, et cependant le ventre ouvert par l'incision de Roux, je tombe sur des anses intestinales rouges, vasculaires; il s'écoule de la sérosité citrine, comme dans les péritonites récentes. L'appendice est rouge, congestionné, il est friable, et ce n'est qu'avec précaution que je place le fil qui l'enserre; le méso sur lequel je place un autre fil se déchire, il en résulte une petite hémorragie vite arrêtée, mais devant cet aspect congestif des organes contenus dans la cavité péritonéale, devant cette sérosité, je n'ose pas fermer.

« L'examen histologique fait par M. Paulesco montra que les lésions de cet appendice étaient surtout à la surface, et correspondaient bien à cette forme d'appendicite érysipélateuse sur laquelle cliniquement j'ai souvent attiré l'attention de mes élèves.

« La muqueuse de l'appendice avait son épithélium normal; mais à la surface, on trouvait un réseau de vaisseaux dilatés, et dans les mailles de ce réseau, des hémorragies nombreuses en voie de régression.

« On trouvait enfin, dans la paroi externe de l'appendice, des streptocoques donnant l'explication des lésions et de la marche de cette appendicite, qui, malgré la réaction violente du début, n'avait pas suppuré et avait donné lieu à un épanchement de sérosité qui persistait encore 30 jours après le début, comme nous en trouvons dans les salpingites de même nature.

« Comme je le fais dans presque toutes les appendicites à froid, j'établis un drainage, qu'on put retirer au bout de 48 heures.

« Le malade guérit sans accident; toutefois, malgré ce succès, j'ai regretté d'être encore intervenu ici trop tôt. J'aurais eu tout bénéfice à attendre, et je n'aurais pas eu à établir ce drainage, qui compromet toujours la solidité de la cicatrice.

« Ces deux observations montrent donc d'une façon bien nette que dans ces formes d'appendicite, où des vomissements prolongés, le ballonnement du ventre ont été l'indice d'une violente réaction péritonéale, on ne doit pas craindre d'attendre deux mois pour se mettre à l'abri de tout accident et opérer véritablement à froid. Passé en effet deux mois, j'ai fait dans les mêmes conditions des opérations en trouvant des lésions dont le refroidissement absolu m'était démontré, et parce que je constatais la bénignité des suites opératoires.

« Restent les cas où il y a eu abcès, démontrés par la présence d'une tuméfaction localisée, la matité, la fièvre, et où l'abcès, n'ayant pas été ouvert par la main du chirurgien, s'est ouvert spontanément dans l'intestin. En pareille circonstance, je crois qu'on ne saurait trop reculer la date de l'opération à froid; ce n'est plus quarante jours, mais trois, quatre, cinq mois.

« On risque autrement de tomber sur des foyers mal vidés, encore virulents, dont la découverte peut être la cause d'accidents graves, dont malheureusement dernièrement on a entendu trop parler. Pour mon compte personnel, ce n'est que très tardivement et quand je suis bien sûr que tout a dû s'éteindre, que j'interviens, et en suivant cette ligne de conduite, je n'ai eu qu'à m'en louer puisque, sur 59 opérations d'appendicite à froid, je n'ai eu qu'une mort, celle dont je viens de vous parler. »

M. le Dr Henry Reynès (de Marseille). — *Complications vésicales de l'appendicite.*

« Au cours d'une appendicite très nette, à forme légère, et guérie sans opération, j'ai observé sur un jeune homme de vingt-quatre ans, au troisième jour de la maladie, une rétention complète d'urine qui a duré quarante-huit heures : j'ai dû faire deux cathétérismes et j'ai retiré une grande quantité d'urine normale; il y avait paralysie de la vessie.

« Après une appendicite, un de mes confrères, le Dr Coche, a observé chez une jeune femme une cystite passagère avec dysurie, urines troubles et légèrement hémorragiques.

« Ces complications vésicales de l'appendicite sont peu connues; elles ne sont pas excessivement rares, et plusieurs auteurs en ont signalé des exemples. Masson leur a consacré sa thèse (Paris, 1898).

« Il faut distinguer les complications réflexes et les complications inflammatoires.

« Les premières consistent en rétention, pollakiurie, incontinence, et sont bénignes et fugaces.

« Les secondes, beaucoup plus graves, s'expliquent par l'extension de

l'inflammation de l'appendice à la vessie; elles consistent en péricystite, bactériurie, cystite, abcès périvésicaux, ulcérations, hémorragies, calculs, fistules, communiquant, soit avec l'appendice, soit avec un abcès appendiculaire en migration, soit avec un organe voisin.

« Ces complications peuvent être contemporaines de l'appendicite ou survenir plus ou moins longtemps après sa disparition; cette notion est indispensable pour bien comprendre l'étiologie de certains cas de pathologie vésicale. »

M. le Dr Ed. SCHWARTZ (de Paris). — *Iléotyphlite hypertrophique simulant une tumeur de la région iléo-cæcale. Ni néoplasme, ni tuberculose. Résection iléo-cæcale. Guérison.*

« L'histoire des tumeurs de la région iléo-cæcale commence à être bien assise; la tuberculose, les sarcomes, les cancers ont été bien décrits; leur anatomie et histologie pathologique, leur traitement nous sont connus. La tumeur, ou pseudo-tumeur dont nous vous donnons l'observation, nous a paru intéressante; elle ne rentre pas dans le cadre de ce que nous connaissons; il semble qu'il s'agisse d'une vraie typhlite, d'une inflammation non spécifique ayant provoqué une hypertrophie considérable des tuniques musculaires de l'intestin avec péritonite pseudo-membraneuse périphérique.

« Il s'agit d'une jeune femme de vingt-sept ans, qui vient nous trouver pour une tumeur de la fosse iliaque droite. Elle a été opérée il y a deux ans (1898), par le Prof. Tillaux, d'un kyste de l'ovaire gauche; on lui aurait aussi enlevé l'ovaire droit.

« Non réglée depuis, elle a vu apparaître depuis dix-huit mois une tumeur de la fosse iliaque droite, sans crises douloureuses très violentes; coliques, sans phénomènes d'obstruction intestinale; ventre libre, pas de constipation opiniâtre. Les crises douloureuses se renouvelant tous les mois, puis toutes les semaines, puis plus fréquemment, ne lui laissent plus de repos; la tumeur augmente et avec elle les douleurs. Nous constatons l'existence d'une grosseur du volume du poing existant dans la fosse iliaque droite, douloureuse à la pression, sans grande défense musculaire, unie, peu bosselée, sonore, mate en dedans. Elle siège au niveau du cæcum. La malade a beaucoup maigri, mais elle a conservé l'appétit; ses fonctions digestives, tout en étant un peu troublées, ne le sont pas beaucoup. Nous reportant à l'ovariotomie double qu'elle a subie, nous pensons à un néoplasme du cæcum, peut-être à une tuberculose, et proposons une intervention qui est acceptée. Celle-ci est pratiquée le 10 mai 1900. La laparotomie latérale droite nous permet de découvrir une tumeur de la grosseur du poing, manifestement iléo-cæcale, très adhérente à la fosse iliaque droite. Elle est décortiquée, puis on procède à la résection classique de toute l'anse iléo-cæcale, enfin, à son anastomose latéro-latérale entre l'intestin grêle et le côlon ascendant. Drainage de la fosse iliaque droite et fermeture à 3 plans de la paroi. La malade a guéri de son intervention après avoir fait un abcès de la paroi au niveau du drain. Elle est actuellement en très bon état. L'examen de la tumeur fait par le Prof. Cornil nous a montré qu'il ne s'agis-

sait ni de tuberculose ni de cancer, mais bien d'une typhlite, ou plutôt d'une iléotyphlite avec hypertrophie considérable de la tunique musculeuse de l'intestin qui, en certains points, mesure de 2 à 2 centimètres 1/2. Il y a manifestement une inflammation de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Nulle part de cellules géantes ni de bacilles; pas trace d'ulcération; pas de ganglions dans les mésos. Les deux dessins montrent la nature des lésions, qui ne rappellent en rien ni les néoplasmes ni la tuberculose iléo-cæcale, si bien connue aujourd'hui. Il s'agit, en somme, au point de vue anatomo-pathologique, d'une lésion de nature inflammatoire pure, ayant simulé un néoplasme, mais n'en ayant aucun des caractères ; c'est une vraie iléotyphlite avec hypertrophie de la musculeuse intestinale. Au point de vue clinique, elle a eu la marche d'une néoplasie, beaucoup plus que celle d'une inflammation simple. Il est permis de se demander ce qui serait advenu si on n'eût pas fait la résection iléo-cæcale. Tout en n'en ayant pas trouvé, nous pensons que peut-être des faits analogues ont déjà été observés et il y aurait grand intérêt à les rassembler pour écrire un chapitre sur une variété de typhlite hypertrophique simulant les tumeurs de la région. »

M. le Dr Galvani (d'Athènes). — *Sur l'efficacité de la laparotomie répétée à plus ou moins bref délai pour combattre la tuberculose péritonéale chronique.*

L'auteur a traité dans ces trois dernières années, par la laparotomie, 134 cas de tuberculose péritonéale et il a constaté, à la suite de ces interventions, des améliorations considérables et des guérisons. Il a eu, en effet, l'occasion de rouvrir le ventre d'un certain nombre de ses opérés pour d'autres affections et il a pu constater que les lésions tuberculeuses avaient complètement disparu.

Quelques opérés cependant qui, après l'intervention, avaient ressenti une amélioration notable, ont vu dans la suite reparaître les symptômes de l'affection. Chez ceux-là Galvani n'a pas hésité à pratiquer une nouvelle intervention. Cette deuxième opération doit être faite aussitôt que possible, avant que le mal n'ait fait trop de progrès et épuisé les malades. C'est ainsi que, chez les 20 malades qu'il a laparotomisés une seconde fois, M. Galvani a toujours pratiqué cette opération dans un laps de temps qui a varié entre dix et vingt jours après la première intervention. Chez 2 malades, la laparotomie a été faite trois fois, chez une autre, quatre fois, enfin, chez une jeune fille, jusqu'à cinq fois. Cette dernière malade a fini par guérir complètement comme les autres.

M. le Dr Psaltoff (de Smyrne). — *Quarante cas de péritonite tuberculeuse traités par la laparotomie.*

M. Psaltoff a opéré 40 malades atteints de péritonite tuberculeuse parmi lesquels 32 femmes, dont 27 étaient âgées de dix à vingt ans et 5 seulement avaient plus de 40 ans.

C'est la *forme ascitique* qui est la plus fréquente de toutes (24 cas). L'auteur a pu suivre 12 de ces malades pendant deux, trois et quatre ans après l'opération; ils jouissent tous d'une santé parfaite et ne présentent aucun

signe de leur ancienne maladie. 9 malades ont été perdus de vue. Enfin, 3 sont morts, dont 2 de collapsus à la suite de l'intervention et 1 de tuberculose généralisée. Dans la *forme ulcéro-caséeuse* (12 cas) et dans la *forme fibro-adhésive* (3 cas), les résultats immédiats et éloignés ont été moins favorables. Il y a eu 4 morts opératoires (collapsus, septicémie, fistule intestinale secondaire, septicémie); les 11 autres opérés ont présenté une amélioration sensible après l'opération, puis ils ont été perdus de vue.

L'auteur conclut en disant que le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie est des plus efficaces, surtout lorsqu'il s'agit de la forme ascitique de la maladie.

M. le Dr Nanu (de Bucarest). — *Un cas de péritonite purulente primitive.*

Le pneumocoque se développe rarement dans le péritoine. Cependant l'auteur a eu l'occasion d'observer dernièrement un cas de péritonite purulente généralisée, due au développement exclusif de ce microbe.

Il s'agit d'un enfant de quatorze ans qui fut pris, en pleine santé, d'une forte fièvre et de troubles abdominaux : vomissements, douleurs et diarrhée. On crut d'abord à une appendicite, mais bientôt et surtout à la suite d'une ponction exploratrice de l'abdomen, on diagnostiqua une péritonite primitive purulente.

Le ventre était volumineux, tendu et douloureux; température, 38°,2; pouls, 120.

L'opération eut lieu environ dix jours après le début des accidents. Une laparotomie latérale de 15 centimètres d'étendue donna issue à 4 litres de pus épais, vrdâtre et inodore. Pas d'adhérences, ni de foyers circonscrits de péritonite; les intestins et les organes abdominaux baignaient dans l'épanchement purulent. Réunion partielle de la plaie et drainage avec un tube entouré de gaze aseptique.

Pansements et lavages quotidiens de l'abdomen avec du sérum artificiel.

Un mois après, suppression du drainage. Des abcès multiples apparurent successivement à la tête, au cou, sur le bras gauche et dans l'aisselle du même côté; ils furent ouverts. Le pus de ces abcès contenait des staphylocoques dorés. Au contraire, dans l'épanchement purulent, on trouva uniquement le pneumocoque.

Enfin, après trois semaines, l'enfant guérit complètement, mais il était très faible et resta longtemps encore à l'hôpital.

M. le Dr Vittorio Mattei (de Reggio). — *Ligatures en chaînes des nappes épiploïques et des larges pédicules.*

M. le Dr Emerich Ullmann (de Vienne). — *De la transplantation des intestins.*

« Qu'il me soit permis de communiquer le résultat d'expériences qui ne me paraissent pas dépourvues d'intérêt, tant au point de vue chirurgical, qu'au point de vue physiologique. Il s'agit des transplantations de l'intestin,

faites sur des animaux à l'Institut de Physiologie du Professeur Exner à Vienne. J'ai choisi, pour ces expériences, des porcs, animaux dont l'intestin a la plus grande ressemblance avec l'intestin de l'homme.

« Les essais dont je veux parler sont : la transplantation de l'estomac dans le jéjunum, de l'iléon dans l'estomac, de l'estomac dans le côlon, du cæcum dans l'estomac, du jéjunum dans l'intestin grêle et du côlon dans l'iléon.

« Ces animaux, jeunes pourceaux sevrés, supportaient facilement ces opérations, sous le rapport technique, assez compliquées; un seul animal succomba à une péritonite aiguë, et un second à l'étranglement d'une hernie post-opératoire. Les autres continuèrent à vivre, sans rien offrir d'extraordinaire dans le travail de leur digestion. Je les ai fait tuer, après divers laps de temps (de 15 jours à 4 mois après l'opération). Il me semble donc intéressant, au point de vue chirurgical, de constater qu'une cicatrisation solide fut obtenue dans tous ces cas. La cicatrisation se fit sans délai, soit que j'eusse transplanté boyau à boyau ou une partie de paroi à paroi. La cicatrisation des parties d'intestin sans pédicule ne présentait pas plus de difficulté que celle des parties ayant une pédicule, c'est-à-dire, qu'après avoir été cousues, elles se cicatrisaient parfaitement, alors même qu'elles avaient été entièrement coupées et complètement séparées de leur entourage, puis placées pendant une heure entière dans une compresse chaude sur une table voisine.

« Je voudrais attirer votre attention sur le fait que, dans les cas où l'intestin grêle fut transplanté dans l'estomac ou vice versa, l'estomac dans l'intestin grêle, des ulcères se formaient et subsistaient encore au bout de trois mois entre la muqueuse de l'estomac et celle de l'intestin grêle.

Comme méthode opératoire je choisis dans les cas de transplantation de boyau à boyau, la méthode indiquée par moi dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1896; pour la transplantation de lambeaux, j'ai fait une double rangée de sutures, dont la première comprenait la musculaire et la séreuse, la deuxième la séro-séreuse, la muqueuse n'étant pas cousue. Pour ces sutures j'ai toujours employé la soie.

Dans l'iléon transplanté dans l'estomac, la bordure des tubes était plus petite et l'épithélium bouffi; à part cela on ne pouvait voir d'autres transformations.

Je me réserve de publier ces expériences in extenso et de rendre compte des transplantations, faites d'un animal à l'autre, et surtout de la transplantation de l'estomac ou de l'intestin d'animaux appartenant à des espèces différentes, ainsi que de la digestion physiologique de l'estomac implanté.

Il ne me reste qu'à remercier M. le Professeur Exner d'avoir bien voulu mettre, à mon entière disposition, son laboratoire et l'excellente installation de son Institut, qui facilitaient ces expériences difficiles et, à vrai dire, pouvaient seuls en rendre le succès possible.

Je remercie également mes assistants MM. les Docteurs Hammerschmidt, de Khautz, de Schrötter, de Günther et Kren du concours qu'ils m'ont prêté pour les opérations et pour l'examen microscopique.

« Au point de vue physiologique, je voudrais faire remarquer que la péristaltique des boyaux transplantés était parfaitement normale. Or, il importait surtout d'examiner l'état des tissus implantés, c'est-à-dire chercher à savoir si le lambeau d'estomac transplanté, soit à l'intestin grêle, soit dans le jéjunum, conserve ses qualités caractéristiques ou non; si le cæcum transplanté dans l'estomac ou dans le jéjunum, enfin si le jéjunum transplanté dans l'estomac ou dans le côlon avaient subi quelques altérations ou non. L'aspect macroscopique des parties implantées était à peu près normal, seulement la membrane muqueuse de l'intestin grêle et du jéjunum transplantés dans l'estomac avait une apparence plus rude et moins bouffie. Quant à l'examen microscopique, il a également démontré qu'il n'est pas question d'une accommodation de la partie transplantée à son entourage dans le sens d'une transplantation, comme nous le voyons dans les greffes muqueuses sur la peau ou dans les transplantations de peau sur des membranes muqueuses. Il est vrai que dans les lambeaux de l'estomac, transplantés dans l'intestin grêle ou dans le jéjunum, le caractère des cellules delomorphes et adelomorphes était modifié çà et là, dans le sens d'une égalisation; cependant, à plusieurs endroits la différence entre elles était visible. »

M. le Dr H. Hartmann (de Paris). — *Technique de l'anus iliaque* (sera publiée in extenso).

M. le Dr I. Vercesco (Craïova). — *Sur un nouveau procédé d'extirpation des tumeurs hémorroïdales.*

« Certains collègues de l'hôpital « Filantropic » de Craïova (Roumanie) ayant trouvé, par hasard, dans le cahier des opérations de cette institution un procédé pratiqué par moi-même, alors que je dirigeais le service, m'ont engagé à le publier et c'est ce qui fera l'objet de cette communication.

« Cette opération, appliquée dans les cas de tumeurs hémorroïdales, et pratiquée depuis 1868 soit à l'hôpital, soit dans ma clientèle privée, toutes les fois que les indications se présentaient, ne m'a donné que d'excellents résultats.

« L'avantage de ce procédé est d'être rapide, quand il s'agit surtout d'intervenir sur des organes entièrement cachés et continuellement souillés par les matières fécales — comme le rectum —; de plus il est simple, exact et esthétique.

« Voici la technique à suivre :

« Après avoir pris toutes les précautions aseptiques et antiseptiques :

« 1° On fait coucher le patient dans le décubitus dorsal — position de la taille, — les extrémités inférieures fléchies, écartées et confiées à deux aides.

« 2° Ensuite, avec beaucoup de douceur on introduit dans le rectum, suivant les règles habituelles, un spéculum ani, à valves.

« 3° Le spéculum, tenu de la main gauche, est ouvert et fixe; le rectum est dilaté; alors on introduit petit à petit, dans la cavité du spéculum, un

cylindre composé de plusieurs bouchons en liège fixés bout à bout sur un fil de fer ordinaire.

« 4° On tâche de fixer ce cylindre et on le tient dans cette position solidement appliqué contre les valves du spéculum ; alors, de la main gauche on fait légèrement basculer les valves du spéculum et, par de petites tractions exercées sur ces dernières, on arrive à retirer le spéculum, de façon que les parois rectales restent alors appliquées, non pas contre les valves du spéculum qu'on a déjà retiré, mais contre la surface du cylindre en question.

« 5° On procède ensuite à la fixation de la peau anale sur le cylindre, par des épingles de Carlsbad, implantées obliquement d'avant en arrière et de la périphérie au centre, de façon que l'on puisse permettre le passage du bistouri entre les épingles et les parties molles.

« 6° Le manche du cylindre est tenu de la main gauche, et de la main droite, armée du bistouri, on fait une incision des parties molles, dans l'aire du cercle formé par les épingles, en commençant par la région la plus déclive et en coupant la peau dans toute son épaisseur.

« 7° Ensuite on commence à détacher par dissection la portion malade de l'intestin des parties adjacentes, ayant toujours en vue de procéder de l'extérieur vers l'intérieur du corps ; à ce moment-là on exerce quelques légères tractions en dehors sur le cylindre en liège.

« Le cylindre revêtu de l'intestin, comme dans un étui et isolé des parties molles environnantes, peut facilement descendre suivant le degré voulu, pour pouvoir examiner et apprécier l'état des lésions dont le rectum est atteint.

« 8° Si les lésions constatées — tumeurs hémorroïdales, etc., — sont guérissables, on peut facilement les extirper ou les râcler ; les solutions de continuité sont avivées et cousues ; on procède ensuite au nettoyage et l'on introduit le cylindre revêtu de l'intestin, de façon qu'il soit dans la même position qu'il avait avant l'opération.

« 9° Au contraire, si l'intestin est entièrement criblé de lésions, on cherche à préciser les limites entre la portion malade et la portion saine et ensuite on procède à la fixation de cette dernière portion — saine — sur le cylindre, en implantant des épingles perpendiculairement, de la périphérie au centre, juste au niveau de l'orifice anal ; ceci fait, le chirurgien, armé du bistouri, et à quelques millimètres en dehors du cercle formé par les épingles, fait une incision circulaire de l'intestin, isolant de cette façon la portion malade de la portion saine.

« 10° On procède ensuite à la réunion, par des sutures interrompues, des bords de la portion intestinale saine, aux bords de la peau anale ; ce temps doit s'effectuer graduellement, de façon que, les épingles enlevées tour à tour, la suture soit déjà faite.

« 11° On fait ensuite le nettoyage de la région anale ; et il ne reste plus qu'à retirer le cylindre en liège ; pour cela, on n'a qu'à exercer des tractions graduelles qui permettront de le retirer et au besoin on peut exercer quelques oscillations en tous sens sans aucun inconvénient.

« Dans le cas où l'intestin serait trop adhérent au cylindre, et où sa sortie serait difficile, on peut injecter entre l'intestin et le cylindre une petite quantité de vaseline liquide qui faciliterait ainsi l'extraction du cylindre.

« Enfin on fait appliquer un pansement sec ou humide, à volonté. »

M. le Prof. Thomas JONNESCO (de Bucarest). — *La résection du rectum et du côlon pelvien par la voie abdomino-périnéale accompagnée de l'évidement du pelvis pour l'extirpation du cancer rectal.*

« J'ai employé quatre fois ce procédé, réséquant 30 à 40 centimètres d'intestin; j'ai obtenu deux guérisons et deux morts : l'un de péritonite le cinquième jour, l'autre de collapsus cardiaque le jour même de l'opération. Ces deux derniers étaient à la limite des cas opérables, l'un par l'extension régionale énorme, l'autre par la cachexie profonde.

« L'opération combinée par les voies abdominale et péritonéale est supérieure à toutes les autres, parce qu'elle assure, dans les cas opérables, la bénignité immédiate de l'intervention, tout en permettant de compter sur la durée des résultats opératoires, en éloignant, sinon en évitant, la récidive. — La bénignité opératoire est due : 1° à l'hémostase préliminaire parfaite, qu'on obtient par la ligature préalable des artères hypogastriques et de l'hémorroïdale supérieure; — 2° à l'extirpation du tube intestinal, parfaitement et préalablement clos, sans risque de souiller le champ opératoire avec le contenu intestinal; — 3° au traumatisme opératoire minime, la technique étant simple, rapide et évitant toute brèche osseuse, nullement utile et toujours nuisible. La durée des résultats est due : 1° à la large exérèse intestinale qui résulte de l'extirpation simultanée du rectum et d'une grande portion du côlon pelvien, quelle que soit l'étendue du néoplasme; — 2° par l'exérèse régionale étendue, qui comprend le tissu cellulaire et la zone ganglionnaire pelvienne en totalité, car j'applique au cancer rectal les mêmes règles que pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, c'est-à-dire que je pratique dans l'un et l'autre cas l'évidement complet du pelvis et de la région prélombaire; — 3° Enfin, on évite toute possibilité d'infection secondaire du champ opératoire en établissant l'anus iliaque très haut, près de l'épine iliaque antéro-supérieure et loin du champ opératoire.

« Admettant en principe que l'exérèse large est la seule rationnelle dans le traitement radical de tout cancer, il faut réséquer le rectum en totalité et recourir à l'anus contre nature. Or, il est incontestable que de tous les anus contre nature, l'anus iliaque est le meilleur. Un bon appareil de contention le rend parfaitement supportable, ce qui est difficile à obtenir avec l'anus sacré ou même périnéal incontinent.

« Les contre-indications à l'extirpation du cancer rectal sont : la cachexie profonde, la métastase ganglionnaire trop étendue, la métastase viscérale, l'insuffisance rénale, et l'extension régionale (pelvienne) trop étendue. »

M. le Dr LEGRAND (de Paris). — *Anesthésie locale et chirurgie générale.*

Si, parmi les différents anesthésiques locaux étudiés jusqu'à ce jour, la

cocaïne reste l'anesthésique type, l'eucaïne peut prendre rang à côté d'elle et lui être substituée dans tous les cas, surtout lorsqu'on l'emploie sous forme de solution anesthésique-hémostatique.

Quant aux autres succédanés, l'eucaïne α, l'holocaïne, la nirvanine, l'auteur les considère comme des anesthésiques dangereux et infidèles, et propose de les rejeter de la thérapeutique. L'orthoforme devient par son innocuité même l'anesthésique de choix dans le pansement des plaies présentant une large surface.

M. le Dr S. Pozzi (de Paris). — 1° *Calcul biliaire arrêté dans l'ampoule de Vater; extraction par cholédochotomie transduodénale.* — 2° *Énorme calcul de l'uretère, extraction par laparotomie.*

Il n'existe dans la littérature que deux cas d'incision du duodénum faites dans le but d'aller chercher un calcul de l'ampoule de Vater, d'après M. Pozzi. La 1re observation est le troisième [1]. Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans, qui n'avait jamais eu qu'une seule attaque, et encore très atténuée, de colique hépatique, lorsque subitement, il y a trois mois, il présenta un ictère intense, sans douleurs il est vrai, mais qui s'accompagna d'un prurit intolérable; en même temps il se mit à maigrir rapidement. On pensa d'abord à un cancer du foie; cependant, ce diagnostic restant très incertain, M. Pozzi se décida à pratiquer une laparotomie exploratrice. Cette opération lui permit de découvrir dans la vésicule un premier calcul dont il fit l'extraction. Mais la présence de ce calcul ne suffisait pas à expliquer l'ictère existant, car le canal cystique était libre dans toute son étendue. Une exploration très minutieuse de la région permit alors à M. Pozzi de découvrir, à la tête du pancréas, un noyau dur qui lui parut être manifestement un calcul de l'ampoule de Vater. Après avoir vainement cherché à refouler ce calcul dans le cholédoque, puis à l'écraser, M. Pozzi ne vit d'autre moyen pour l'atteindre que de pratiquer une duodénotomie. L'intestin fut ouvert verticalement; l'introduction du doigt permit de sentir le calcul qui était recouvert par la muqueuse intestinale. Son extraction fut des plus simples : il n'y eut qu'à fendre la muqueuse d'un coup de bistouri. Suture de la plaie intestinale à deux étages. Drainage. Guérison au bout de vingt-quatre jours.

La 2e observation de M. Pozzi a trait à une femme ayant des métrorragies; on crut à un kyste dermoïde de l'ovaire. A la laparotomie, on trouva bien un kyste dans le Douglas, mais aussi un calcul dans l'uretère. Incision et extraction; puis deux points de suture. On croyait avoir terminé, quand on trouva plus bas d'autres calculs qui furent enlevés par le même procédé.

Le péritoine fut drainé. La guérison de cette malade se maintient depuis six mois.

1. Pourtant Pantaloni (*Chirurgie du foie et des voies biliaires*, Paris, 1899, p. 501) cite trois faits [Kocher (1894); Kehr (1894); M. Robson (1898)].

M. le Professeur SEVEREANU (de Bucarest). — *Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.*

M. Severeanu lit une note d'où il résulte que le *kélène*, d'abord employé exclusivement pour l'anesthésie locale (dentistes), peut être utilisé sans danger comme agent d'anesthésie générale et possède de notables avantages sur l'éther et le chloroforme *employé seul*. Cependant l'auteur avoue que l'application est d'une délicatesse réelle. Il faut la surveiller avec grand soin.

M. Severeanu présente le masque dont il se sert pour les inhalations de cette substance.

SÉANCE DU 8 AOUT (*Soir*).

M. le Dr ROUX (de Lausanne). — *Anastomoses intestinales et gastro-intestinales.*

« L'expérimentation sur le chien ne donne pas une image fidèle de ce qu'on observe chez l'homme, dont le tube digestif présente une « étoffe » plus maniable et moins infidèle.

« L'anastomose a pour but de dériver le cours des aliments, soit à cause des dangers ou des inconvénients de leur séjour ou de leur passage en certains points du trajet gastro-intestinal, soit à cause d'un ou plusieurs obstacles qu'il serait impossible, dangereux ou inopportun de supprimer.

« Elle constitue une opération palliative en apparence, mais elle a très souvent un résultat curatif. Elle tient le milieu, par ses risques, sa technique et ses résultats, entre les fistules (F. jéjunale; entérostomie; anus contre nature) et l'opération radicale (pylorectomie; excision de tumeurs, d'anses malades).

« L'anastomose procède par apposition latérale. C'est la plus pratique des réunions intestinales.

« *a.* Parce qu'elle exige une moins grande exactitude.

« *b.* Parce qu'elle permet un accolement plus large, sans crainte de former un diaphragme, une valvule.

« *c.* Parce qu'elle comporte une ouverture de longueur illimitée, moins sujette au rétrécissement ultérieur.

« *d.* Parce qu'elle est indépendante des calibres à réunir.

« C'est la plus accessible à tous les opérateurs.

« *Entéro-anastomoses. Affections aiguës.* — L'anastomose est contre-indiquée : 1° lorsque l'état du malade ne permet que l'entérotomie; 2° lorsque l'état de l'intestin exige sous peine de mort la suppression immédiate d'une ou de plusieurs anses; toutefois elle peut être combinée, dans quelques cas, avec l'extrapéritonéalisation de ces anses (hernie étranglée, par ex.); 3° lorsque l'état du malade, celui de l'intestin et l'habileté de l'opérateur permettent de faire mieux.

« L'anastomose est indiquée : 1° lorsque le rétablissement du cours des matières est seul en jeu, surtout si une opération plus radicale paraît trop longue ou dangereuse; 2° même après la réussite d'une désinvagination, ou détorsion, si l'on craint pour la péristaltique.

« *Affections chroniques.* — A. L'anastomose sera préférée en cas d'adhérences nombreuses, où elle offre le plus de chances, abstraction faite de la nature du mal. B. Elle sera l'opération définitive : 1° en cas de tumeurs inopérables ; 2° vis-à-vis de certains foyers inflammatoires compliqués, multiples, inaccessibles (tuberculose avec fusées, actinomycose). C. On aura recours à l'anastomose comme opération préliminaire : 1° en cas de tumeurs opérables chez des malades très affaiblis (par un commencement d'occlusion par ex.) ; 2° en cas d'infections inflammatoires avec clapiers ; fistules pyostercorales externes ou génitales, etc., qui guériront souvent par cette première intervention, si l'on a eu soin de combiner l'anastomose avec l'exclusion unilatérale, ce qui ne demande que deux ou trois minutes et qui convient à tous les cas des classes B et C.

« L'existence est compatible avec 1 m. 50 de jéjunum et la moitié du côlon, le reste étant exclu. On ne craindra donc pas de s'éloigner beaucoup du foyer malade pour opérer sur des anses saines.

« *Anastomose gastro-intestinale.* — La gastro-entérostomie, moins dangereuse, précède la pylorectomie, comme opération préliminaire, si l'état du malade la rend désirable. C'est peu pratique. Elle la remplace si la tumeur est inopérable. Elle devrait toujours la compléter (2e manière de Billroth) afin d'admettre du même coup le malade au bénéfice de l'opération radicale et de la palliative, lorsque viendra la récidive, en créant un nouveau pylore aussi éloigné que possible de l'ancien.

« Dans les affections non cancéreuses du pylore et de l'estomac, pour lesquelles une évacuation plus facile du contenu gastrique est désirable, la gastro-entérostomie est préférée à la pylorectomie et à la pyloroplastie, parce qu'elle est plus facile, tout en étant aussi efficace, soit dans sa forme ordinaire, soit comme duodénostomie.

« L'anastomose gastro-intestinale conserve enfin tous ses droits vis-à-vis des affections du duodénum. Elle équivaut à la gastroplastie dans l'estomac biloculaire, à l'excision dans l'ulcère simple, soit comme technique, soit dans ses résultats. Elle est enfin bien supérieure à la gastroplication et à la gastropexie.

« Elle est idéale, si elle est en Y.

« Pour un opérateur également habile à manier l'aiguille de couturière et les appareils d'approximation plus ou moins automatiques, la suture restera la méthode de choix, parce qu'elle seule donne une réunion de la muqueuse par première intention et parce qu'elle permet un traitement post-opératoire « sans gêne », très précieux dans tous les cas. Le bouton de Murphy, le meilleur des « accessoires » du genre sera réservé aux cas, et ils sont trop nombreux, où l'on doit compter les minutes ; il donne des résultats inespérés.

« Dans toutes ces opérations, on doit s'étonner de la proportion des morts par pneumonie, qui ne sont pas suffisamment expliquées par la narcose. »

M. le Dr Souligoux (de Paris). — *Anastomoses intestinales et gastro-intestinales.*

« Les anastomoses intestinales constituent dans le traitement du cancer et

des rétrécissements de l'intestin l'opération principale le plus souvent, ou l'opération complémentaire.

« En présence d'un cas d'obstruction intestinale aiguë ou même chronique, les anastomoses intestinales doivent céder le pas à l'anus contre nature, quitte à intervenir secondairement plus tard.

« Dans le cas de *ralentissement* dans le cours des matières sans obstruction, si l'on se trouve en présence d'une tumeur mobile, facilement enlevable, c'est l'entérectomie qui devra être pratiquée, mais l'opération doit se terminer par une anastomose soit latéro-latérale, soit termino-latérale, opérations plus simples, plus rapides, plus sûres qu'une entérorraphie circulaire.

« Si la tumeur est adhérente, si son ablation complique beaucoup l'intervention, l'anastomose est l'unique opération à pratiquer; elle est peu grave et bien que palliative, donne une survie assez considérable. Elle devra dans le cas de rétrécissement ou de cancer du cæcum, être un abouchement de l'iléon à l'S iliaque, et dans le reste du gros intestin, des parties du côlon situées au-dessus et au-dessous de l'obstacle.

« Dans le cas de hernie étranglée, elle peut être une opération préparatoire ou définitive, bien plus simple et plus sûre qu'une entérorraphie circulaire.

« *Conclusions.* — L'estomac est devenu un organe essentiellement chirurgical; seules les dyspepsies d'origine nerveuse échappent à l'intervention.

« Dans le cas de sténoses cicatricielles du pylore ou de la première portion du duodénum, la gastro-entéro-anastomose est l'opération de choix, la seule permise puisqu'elle est presque sans danger, qu'elle pare à tous les accidents et que grâce à elle les malades retrouvent une santé florissante. De plus, elle est moins grave et plus sûre que la pylorectomie ou la gastroplastie.

« Dans les sténoses d'origine cancéreuse, c'est encore la gastro-entéro-anastomose qui, dans l'état d'esprit actuel *des médecins* et *des malades*, sera le plus souvent employée. La pylorectomie ne devra lui être préférée que dans les cas de cancers au début, sans adhérences hépatiques, pancréatiques ou coliques, sans envahissement des ganglions préaortiques, pancréatiques et hépatiques, et bien entendu quand il n'existera pas de traces de généralisation; en un mot quand elle sera facilement praticable et à condition de suivre la technique que viennent de préconiser MM. Hartmann et Cunéo. La gastro-entéro-anastomose sera le plus souvent le complément nécessaire de la pylorectomie quand on aura pratiqué les larges résections de l'estomac et du duodénum.

« Dans le cas d'ulcère de l'estomac en voie d'évolution, l'anastomose gastro-jéjunale sera encore très utile, non pour arrêter les hémorragies, mais pour mettre l'organe au repos et permettre la cicatrisation de la lésion.

« Dans l'estomac biloculaire d'origine cicatricielle, la gastro-entéro-anastomose est l'opération de choix, bien supérieure à la gastroplastie.

« Dans les dyspepsies, quand le malade n'est pas amélioré par le traitement médical, quand persistent des phénomènes de rétention alimentaire avec douleurs violentes, causes de contracture du pylore, elle sera l'opéra-

tion de nécessité; faite de bonne heure elle sera peu grave, et permettra à l'estomac de se guérir en donnant une voie d'échappement au contenu stomacal.

« La méthode de von Hacker est de beaucoup préférable quand elle est possible; la voie antérieure ne devra être suivie qu'en cas d'impossibilité de pratiquer l'anastomose postérieure.

« L'opération physiologiquement la plus complète est celle faite suivant le procédé de Roux; cependant la voie postérieure, mettant à l'abri de la plupart des accidents de circulus viciosus, me semble préférable, qu'elle soit exécutée par les procédés de sutures, de boutons anastomotiques ou d'écrasement que j'ai préconisé : elle est en effet plus rapide et par suite moins grave. Dans le cas où se produiraient des phénomènes d'obstruction par coudure il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une anastomose secondaire jéjuno-jéjunale, comme l'ont fait Ricard, moi-même et bien d'autres. »

Discussion. — M. le Dr Faure (de Paris). — « L'écrasement de l'intestin dans les résections intestinales m'a donné parfois de mauvais résultats. Depuis quelque temps je l'ai remplacé par la simple ligature du boyau intestinal à l'aide d'un fil souple de soie; il suffit ensuite de faire une suture en bourse comme après l'écrasement, et le résultat, très rapidement obtenu, est très satisfaisant. »

M. le Dr A. Monprofit (d'Angers). — *Gastro-entérostomie.*

« La gastro-entérostomie employée tout d'abord uniquement contre les tumeurs inopérables du pylore, peut être employée aussi comme palliatif dans les tumeurs malignes de l'estomac qui n'intéressent pas le pylore. Ces malades sont soulagés et obtiennent aussi une survie.

« La gastro-entérostomie et la gastrotomie ne doivent pas être opposées l'une à l'autre, mais on doit plutôt s'appliquer à bien déterminer les limites où elles s'arrêtent l'une et l'autre. On a aujourd'hui moindre tendance à enlever, au prix de délabrements considérables, les tumeurs volumineuses, étendues et adhérentes. Ces cas bénéficient beaucoup plus de la gastro-entérostomie. Au contraire, les tumeurs limitées, petites et mobiles, du pylore sont enlevées avec d'excellents résultats.

« Les procédés successivement employés ont été celui de la gastro-entérostomie antérieure de Wölfler qui ne donne pas toujours de bons résultats; puis ceux qui sont les plus employés, de von Hacker et de Roux. Les procédés d'affrontement par le bouton de Murphy ou selon la pratique de Souligoux ont leurs partisans; nous avons toujours employé les sutures qui nous donnent les meilleurs résultats.

« Nous ne faisons pas de coprostase, nous nous contentons de protéger avec beaucoup de soin la cavité abdominale. Lorsque l'estomac est très distendu par des liquides, nous le vidons au moyen d'un tube en caoutchouc introduit par une ponction faite à la muqueuse avant son incision complète.

« Suivant l'exemple de Roux, nous alimentons nos malades aussitôt que

possible et nous leur donnons d'abord des liquides, puis des aliments solides dès les premiers jours. »

M. le Dr DOYEN (de Paris). — *Anastomoses intestinales et gastro-intestinales.*

« La méthode des sutures est à mon avis la meilleure. J'ai cependant fait construire par M. Collin un œillet anastomotique à griffes, que je présente au Congrès. Cet œillet anastomique fixe les deux parois anastomosées et ne peut tomber que dans le bout inférieur. J'ai fait construire également une pince armée, à glissière, qui facilite beaucoup, dans le procédé des sutures, la pose du plan profond antérieur.

« Cette pince permet également de n'inciser les parois intestinales, ce qui s'effectue par un simple mouvement de va-et-vient de la glissière, qu'au moment où le plan profond antérieur est presque terminé. Ma méthode de résection de l'intestin par l'écrasement et la ligature en masse, suivie d'une double suture en cordon de bourse, comporte la création d'une anastomose latérale par l'un ou l'autre de ces procédés. »

M. le Dr E. LAPLACE (de Philadelphie). — *Application de la pince intestinale de Laplace (Ernest).*

M. E. Laplace (Philadelphie) présente une pince destinée à remplacer le bouton de Murphy pour la suture de l'intestin. Cet instrument a été présenté pour la première fois le 7 juin 1898, à l'Assemblée médicale de Denver, Colorado.

Il consiste en deux pinces, dont les mors ont une forme de demi-cercle.

Les deux pinces sont articulées au moyen d'une pince-ressort, et quand elles s'ouvrent, leurs mors forment le cercle complet. L'instrument étant ouvert, chaque mors est introduit dans un des bouts de l'intestin, qui vient coiffer l'anneau, de façon que les deux séreuses s'appliquent l'une sur l'autre. Un fil est passé exactement tout autour, sauf dans le point par lequel a été introduit l'instrument.

Il suffit de déclancher la pince-ressort pour enlever chaque pince, et fermer la petite ouverture restante. Cet instrument permet aussi de faire les anastomoses latérales, en introduisant un mors dans les deux ouvertures faites dans l'estomac et dans l'intestin. Cette méthode a été employée avec succès dans quatorze cas de gastro-entérostomie, entéro-anastomose et cholécystentérostomie. L'opération ne dure en moyenne que de huit à dix minutes.

Les avantages de l'instrument consistent à avoir sous l'œil le champ opératoire, permettant l'application facile des sutures, sans l'écoulement du contenu gastro-intestinal et ne laissant aucun corps étranger dans l'intestin.

M. le Dr GIORDANO (de Venise). — *De l'exclusion du côlon par iléo-sigmoïdostomie dans le traitement du cancer du cæcum, de la colonectasie et de la colite ulcéreuse.*

L'iléo-sigmoïdostomie est indiquée dans les affections du côlon qui font pendant à celles de l'estomac, que l'on traite déjà au moyen de la gastro-

entérostomie. Pour le cancer du cæcum, l'anastomose entre l'anse sigmoïde et l'iléon est tout indiquée lorsqu'il y a du ballonnement causé par la sténose. Le malade délivré de l'intoxication par stase fécale supportera mieux, après quelques jours, l'amputation de l'anse iléo-cæcale.

Dans la dilatation idiopathique du côlon, l'exclusion du côlon régularise la circulation stercorale, en supprimant, ici aussi, l'intoxication chronique produite par la coprostase. L'iléo-sigmoïdostomie constitue enfin l'opération de choix pour les colites ulcéreuses rebelles, dont les symptômes cessent sitôt que le côlon est ainsi délivré du contact des matières fécales.

M. le Professeur VON EISELSBERG (de Königsberg) a fait dans le courant de cette année trois fois l'implantation de l'iléon dans l'anse sigmoïde et toujours l'implantation latérale. Il s'agissait deux fois d'un cancer et une fois d'une tuberculose très étendue du cæcum. Deux fois l'opération fut suivie d'une diarrhée intense. Tous les malades ont quitté l'hôpital très améliorés.

M. le Dr MURPHY (de Chicago). — *Sur l'iléus.*

M. le Dr Murphy (de Chicago) devait, d'après le programme, parler de l'iléus; mais la discussion complète sur l'anastomose intestinale l'a engagé a communiquer quelques faits relatifs au bouton, qu'il avait publiés huit ans auparavant. Il présente une statistique de 1620 cas dans lesquels il a employé le bouton. Ces cas comprennent toutes sortes d'affections, malignes ou non, aigues ou chroniques, et ils ont donné une mortalité de 19,3 p. 100. Sur 166 cas d'affections non malignes, il y a eu 2 p. 100 de mortalité. L'orateur ajoute qu'avant l'emploi du bouton, la mortalité la plus faible atteignait 30 à 40 p. 100 ou même davantage; c'est l'apparition du bouton qui a fait baisser pour la première fois de beaucoup la mortalité. Il reconnait qu'il était un peu bizarre de laisser dans le tube digestif un corps étranger sur lequel l'opérateur n'avait aucun contrôle. Mais il ne peut admettre les boutons absorbables jusqu'au jour où ils seront compris de telle façon qu'ils ne puissent pas être résorbés avant que les choses soient revenues à l'état normal. Dans certains cas, la cicatrisation se fait au bout de trois ou quatre jours; dans d'autres, elle ne se fait même pas au bout de dix jours et même au bout d'un temps plus long. L'orateur est en train d'essayer un bouton de magnésium allié à de l'aluminium, mais il n'est pas en état de l'appliquer. Ce bouton n'est pas absorbable par le suc gastrique, mais il se pourrait qu'il puisse être dissous par les solutions alcalines.

M. le Dr BOURGET (Lausanne). — *Des indications et des résultats de la gastro-entérostomie à l'hôpital cantonal de Lausanne* (Service de médecine); *100 observations, dont 46 gastro-entérostomies.*

1° La gastro-entérostomie s'impose chaque fois que le calibre du pylore est devenu insuffisant pour permettre le libre passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

2° Pour être autorisé à pratiquer cette opération, la cause du rétrécisse-

ment doit être permanente ou définitive, soit par tumeur, bride, cicatrice d'ulcère ou anneaux.

3° Elle est contre-indiquée dans les cas de rétrécissement passager du pylore, comme le spasme pylorique chez les neurasthéniques, dans la stase stomacale par ptose ou par atonie des parois.

4° Elle ne sera pratiquée qu'après une étude attentive du travail mécanique de l'estomac, qui sera apprécié à différentes phases de la digestion, et avec des repas d'épreuve rigoureusement les mêmes pour chaque exploration. Dans les cas où l'on soupçonne une cause passagère de stricture (nervosité), on fera les mêmes explorations, mais plus souvent répétées, à cause de la variabilité des résultats et aussi sous l'influence d'un bain tiède prolongé, de bromure de potassium et même de la suggestion.

5° L'insufflation stomacale est nécessaire pour renseigner sur les cas de ptose gastrique ou sur l'importance de la dilatation.

6° La gastro-entérostomie est une opération curative dans les cas de rétrécissement du pylore par cicatrice d'ulcère rond, par anneau fibreux ou adhérences péripyloriques.

7° Elle est palliative dans les cas de tumeurs malignes intéressant le pylore, mais elle peut prolonger l'existence du malade d'une manière tout à fait remarquable.

8° Les résultats ont été peu satisfaisants chez les nerveux et les ptosés.

9° Après l'opération, le travail chimique de l'estomac est peu influencé, bien que le taux de l'acidité diminue.

10° Le fonctionnement mécanique de l'estomac est considérablement modifié. — L'évacuation du contenu stomacal est assurée; elle se fait normalement et rythmiquement, comme si elle était réglée par un pylore normal. — La durée du travail de digestion stomacale chez l'opéré (après guérison du traumatisme chirurgical) est la même que chez l'individu normal.

11° L'estomac reprend peu à peu son volume et sa situation normale.

Séance du 9 Aout (*Matin*).

M. le Dr Buffet (d'Elbeuf). — *Fistule de la fesse gauche chez un homme de trente ans, à la suite d'un abcès ischio-rectal, avec trajet profond remontant jusqu'au-dessus du releveur de l'anus. Échec de tous les traitements par les injections modificatrices et les cautérisations. Après plus d'un an de soins infructueux, guérison de la fistule en moins de trois semaines, par la simple incision d'une bride transversale occupant la paroi postérieure du rectum.*

« La thérapeutique des abcès de la fosse ischio-rectale n'est pas encore absolument résolue et les deux pratiques, l'incision simple de l'abcès et la section de l'intestin ont chacune leurs partisans; au contraire, lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule succédant à l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès, tous les chirurgiens semblent d'accord pour conseiller le traitement par la section de l'intestin et du sphincter. Or, sectionner l'intestin et le sphincter ne sont pas chose banale et exempte d'in-

convénients, et je viens défendre, devant vous, une *petite opération* dont j'ai eu le bonheur d'être témoin et qui, chez un de mes malades atteint de fistule profonde, sinueuse, datant de plus d'un an, *a suffi pour amener la guérison radicale en moins de trois semaines*. Voici, du reste, l'observation résumée, et qui m'a paru suffisamment démonstrative pour être soumise à l'appréciation du Congrès. M. F..., âgé de trente ans, industriel actif et vigoureux, n'a aucune tare héréditaire, ni acquise. Il est pris, le 3 février 1899, en pleine santé, d'une douleur siégeant au pourtour de l'anus et s'irradiant dans la fesse gauche; il attribue lui-même ce malaise à la constipation et se purge, tout en continuant à travailler. Le 6, la fièvre l'arrête, il est forcé de garder le repos et me fait demander. A ce moment, la douleur est très vive à la région profonde de l'anus; la défécation a été très pénible le matin et l'émission de l'urine impossible. Le thermomètre marque 39°,5 et le pouls est à 104. Après évacuation de la vessie, au moyen d'une sonde molle, je pratique sans difficulté le toucher rectal et trouve, au-dessus des sphincters, à gauche, une tuméfaction bosselée remontant très haut. A la périphérie anale il n'existe, du reste, sans doute à cause de la profondeur de la lésion, aucun empâtement, ni rougeur, ni tension douloureuse. Il s'agit évidemment d'une collection purulente, située dans la fosse ischio-rectale. C'est aussi l'avis du Dr François Hue (de Rouen), qui voit le malade avec moi le jour suivant. On continue la prescription qui se bornait à des suppositoires calmants et de petites doses de quinine, et nous convenons d'ouvrir cet abcès le lendemain 8 février.

« L'incision est faite ce jour-là, sous le chloroforme, au thermocautère, dans le sens antéro-postérieur et parallèlement au raphé périnéal médian, dans une étendue de 6 centimètres, et ce n'est qu'à une profondeur de plus de 5 centimètres que je rencontre la collection purulente, dont l'ouverture donne issue à une quantité de pus fétide. L'exploration du foyer par le doigt montre des prolongements multiples, dont un principal, contournant le rectum en arrière, au devant du coccyx. Un gros drain entouré d'une mèche de gaze iodoformée est introduit au fond de la plaie, après lavage minutieux de la poche, et la région opératoire est recouverte d'un pansement antiseptique.

« Les suites sont très simples, sans fièvre, sans malaise, et tout paraît d'abord marcher vers une guérison naturelle; mais, au bout de quelque temps, on s'aperçoit que, malgré des soins continus et empressés, des changements de calibre et de longueur de drains, une antisepsie rigoureuse, la plaie ne se comble pas par le fond et qu'un trajet fistuleux s'organise. Après deux mois de soins, la sonde cannelée pénétrait à environ 13 centimètres de profondeur, sans qu'il soit possible de trouver communication avec l'intestin. L'orifice de la fistule était situé à environ 6 centimètres du pourtour de l'anus, à gauche et un peu en avant.

« Dans la suite, des injections d'éther iodoformé, de teinture d'iode, furent faites sans plus de succès; j'employai de même inutilement des crayons iodoformés.

« La plaie donnait lieu à peu d'écoulement, il n'en sortait jamais ni gaz ni

matières fécales, et la gêne occasionnée par elle était si insignifiante que M. F... s'occupait, depuis le troisième mois, de ses affaires industrielles d'une façon très active. Il consentit à faire, au mois d'août, une cure à Uriage pour une série de furoncles qui avaient envahi la région périanale; on lui fit espérer la fermeture de sa fistule et, de fait, vers la fin du mois, la plaie s'oblitéra, mais cet état ne dura que dix jours.

« Notre malade en fut contrarié, désappointé, et c'est dans ces dispositions, après son retour, qu'on le décida à aller consulter à Paris le professeur Tillaux, et je fus prié d'accompagner mon client, qui était d'autant plus perplexe qu'il voyait, comme un affreux cauchemar, la perspective de se laisser fendre l'anus et de rester, peut-être six mois et plus, en dehors de ses affaires.

« Nous fûmes bientôt rassurés, dès que nous eûmes prononcé le mot *fistule*, le prof. Tillaux pensa immédiatement à la possibilité de l'existence d'un rétrécissement du rectum, bien que le malade n'attirât en rien son attention sur cette complication.

« Il pratiqua le toucher rectal, le malade étant dans la position de la taille, et s'étant rendu compte de l'état des parties, il voulut bien me faire examiner le malade après lui, et me faire constater de la façon la plus évidente, sur la paroi postérieure du rectum, à 4 centimètres de l'anus, l'existence d'une bride saillante, très dure, ayant environ 18 à 20 millimètres de haut sur 3 centimètres de large, et derrière laquelle le doigt plongeait à pic dans une ampoule énorme. Or, j'avais pratiqué le toucher rectal plusieurs fois auparavant, mais chaque fois le malade étant couché sur le côté, je n'avais pu me rendre compte de ce qui, maintenant, m'apparaissait si évident.

« Voici quel fut le résultat de la consultation :

« *Vous avez un rétrécissement du rectum produit par une bride située dans la région postérieure; il suffira d'un simple coup de bistouri pour détruire cette bride qui est la cause de votre fistule, et vous guérirez en deux ou trois semaines d'une facon radicale, sans faire autre chose, et surtout ne vous laissez pas faire autre chose.*

« Deux chirurgiens l'examinèrent à nouveau, deux Maîtres des hôpitaux et de l'École, dont les noms font autorité dans la Science; tous deux furent mis au courant de la première consultation et, après s'être rendus compte de l'état du malade, tous deux furent d'avis que le seul traitement sur lequel on pouvait compter dans l'espèce, c'était l'incision de l'intestin et du sphincter. Sans nier l'efficacité de la méthode qui leur était indiquée, ils trouvèrent que la fistule remontait beaucoup trop haut (*13 centimètres*) chez notre malade pour lui laisser espérer une guérison à si peu de frais.

« L'hiver se passa avec des soins de propreté minutieuse. Cependant survint, *en février*, un eczéma de la région périanale, assez long à disparaître, et qui fut mis à dessein, et peut-être avec raison, sur le compte de la fistule. Le malade revit M. Tillaux en mars 1900, et celui-ci s'étant montré aussi affirmatif que la première fois pour la guérison prompte et sûre, sans toucher à la fistule, le *débridement* fut accepté.

« M. le professeur Tillaux voulut bien se charger de l'opération qui se fit, pour ainsi dire, en un clin d'œil.

« Le malade étant placé dans la position de la taille, je voulus à dessein me rendre compte de l'existence de la bride que je retrouvais toujours dure et saillante.

« Aussitôt le malade engourdi par le chloroforme, le chirurgien introduisit l'index gauche dans le rectum et prit un point d'appui sur la bride. Sa main droite fit glisser, le long de l'index, la lame d'un bistouri boutonné, et la section fut faite en appuyant directement de haut en bas sur la lame, dont le talon était soigneusement protégé par du diachylum, pour éviter de toucher le sphincter.

« Après cette section, on put constater, par le toucher, l'existence d'une énorme brèche, béante et profonde, allant jusqu'au coccyx, et rendant à l'intestin son calibre normal.

« Une grosse mèche de gaze iodoformée fut introduite entre les lèvres de l'incision, et le malade fut replacé dans son lit, avec un tampon de ouate boriquée appliqué sur l'anus.

« *L'opération seule n'avait pas duré une minute.* A part une hémorragie bénigne, produite le premier jour et vite arrêtée par un tamponnement, les suites furent très simples.

« Cependant, le quatrième jour, il se produisit un phénomène bien fait pour effrayer le malade et son entourage, phénomène déjà relaté dans une observation de Tillaux (*Anatomie topographique*, article ANUS) et qui est très curieux. Jusqu'au quatrième jour, la constipation avait été entretenue par la prise de pilules d'opium : ce jour-là, on avait donné au malade, que cette constipation gênait, un verre d'eau de Montmirail; le tampon ayant été supprimé ce même jour, il se produisit, en même temps que l'effet purgatif, par les voies naturelles, l'issue par la fistule, d'une certaine quantité de sang, de gaz et de matières fécales.

« Et cependant les choses s'arrangèrent très bien : le phénomène se renouvela par la suite, mais en diminuant de jour en jour. *Le quinzième jour*, il ne passait plus que quelques gaz par la plaie, et *le dix-huitième jour exactement* (*8 mai*), *la fistule était complètement fermée.*

« Voilà donc un malade, qui, d'après nos connaissances actuelles, pour se débarrasser de sa fistule, était exposé à subir une opération grave, laissant souvent à sa suite une infirmité plus ou moins prolongée, et qui guérit, comme par enchantement, *par une intervention insignifiante, guère plus importante que la section du filet.*

« C'est un fait qui mérite d'être relaté, et qui me paraît tout au moins démontrer qu'à côté de la méthode de traitement des fistules par l'incision de l'intestin, il en existe *une autre très simple, très bénigne*, applicable à certains cas spéciaux, faciles à reconnaître, et dans lesquels elle mérite d'être préférée, parce qu'elle produit moins de délabrement, guérit beaucoup plus vite, et n'expose pas à l'incontinence des matières fécales.

« Actuellement, la guérison de notre malade date de quatre mois, et peut être considérée, à bon droit, comme définitive. »

Discussion. — M. TILLAUX (de Paris). — « J'ai rencontré un certain nombre de faits semblables à celui de M. Buffet, et j'ai obtenu également la guérison par une simple section de la bride.

« Je crois qu'il y a intérêt à recommander cette pratique, dans les cas de ce genre, de préférence à la section complète du rectum et du sphincter, qui, dans le fait relaté par M. Buffet, aurait occasionné un délabrement considérable, la fistule romontant à 13 centimètres de l'anus. »

M. le Dr CL. MARTIN (de Lyon). — *Appareil pour le redressement du nez.*

M. Claude Martin (de Lyon) présente une pince écarteur pour redressement du nez. Elle est constituée par deux branches; l'une, immobile, doit s'appuyer sur le plancher des fosses nasales et présente à sa partie inférieure un buttoir destiné à empêcher la pénétration trop profonde de l'instrument. Ce buttoir est placé au niveau de l'articulation.

La 2e branche mobile est en réalité constituée par deux leviers du premier genre, dont les extrémités s'articulent par un système à glissière. De ces deux leviers, l'un, correspondant au manche de la pince, est droit, l'autre, au mors, est coudé.

Il résulte de cette disposition que la pression sur les manches rapproche ceux-ci, mais écarte les mors. C'est l'extrémité de cette branche mobile qui vient appuyer sur la face postérieure des os propres du nez et les soulève en avant avec une force qu'on peut graduer à volonté suivant la pression exercée sur les manches.

M. Martin présente un autre appareil destiné soit à maintenir soulevé, soit à soulever le nez enfoncé par un traumatisme ou toute autre lésion. Cet appareil est constitué par un double système placé dans les fosses nasales; chaque système est formé de deux branches articulées à la manière d'un compas. De ces deux branches, l'une est fixe et repose sur le plancher des fosses nasales; l'autre est mobile et peut s'écarter à volonté de la première au moyen d'un levier mis en jeu par une vis. Cette deuxième branche est destinée à refouler les tissus du nez en appuyant sur leur face postérieure.

Comme, dans ce mouvement d'écartement, l'ensemble de l'appareil a une tendance à glisser en arrière et à venir appuyer sur la sous-cloison, l'appareil est retenu par une pièce en forme de lyre de 1 centimètre de largeur qui s'appuie sur la face sur tout le pourtour du nez.

M. le Dr Auguste REVERDIN (de Genève). — *Présentation d'une table d'opérations.*

Ce chirurgien présente deux tables : l'une portative qui ne pèse que 15 kilogrammes, qui se démonte et se plie, prend les positions les plus variées : c'est une table très légère, d'un transport facile, permettant d'opérer commodément au dehors des hôpitaux et des cliniques.

L'autre table est, au contraire, destinée à ces établissements; elle est notablement plus lourde (47 kilogrammes), pourvue de quatre bouillottes sur lesquelles le malade est couché et réchauffé.

Toutes ses parties s'abaissent, se montent et se démontent fort aisément,

ce qui facilite beaucoup les pansements et les opérations. On obtient, grâce à un mécanisme fort simple, tous les plans inclinés désirables.

Ces deux tables sont entièrement construites en tubes d'acier (tubes de bicyclettes), par conséquent très solides, et d'un nettoyage très facile vu qu'ils sont entièrement nickelés.

M. le Dr MONPROFIT (d'Angers) présente également une *table d'opérations*, très simple, d'un maniement facile, et, qualité assez rare pour ces appareils, très économique.

M. le Prof. TILLAUX, président de la Section, remercie les Congressistes d'avoir bien voulu assister à cette importance réunion internationale.

M. le Prof. BLOCH (de Copenhague) répond de la façon la plus aimable, au nom des étrangers. La session de 1900 de la Section de Chirurgie est alors déclarée close.

[A. P. S.]

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE L'URÉTHROSTOMIE PÉRINÉALE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INCURABLES DE L'URÈTHRE. CRÉATION AU PÉRINÉE D'UN MÉAT CONTRE NATURE, par MM. **A. Poncet**, professeur de clinique chirurgicale, et M. **X. Delore**, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1900.

En 1891, M. le professeur Poncet pratiquait, pour la première fois, une opération méthodique sur l'urèthre, consistant en l'abouchement de la muqueuse à la peau du périnée. L'uréthrostomie périnéale avait pour but, comme la cystostomie, l'entérostomie, etc., de tourner un obstacle incurable par les méthodes ordinairement employées. Cet obstacle est constitué par un rétrécissement, et l'orifice de nouvelle création permettait ainsi, définitivement, la libre miction.

Toute nouvelle méthode thérapeutique doit, pour être acceptée, reposer sur des faits consciencieusement et longuement étudiés. L'uréthrostomie bénéficie dès maintenant de ces qualités nécessaires. Nous pouvons la juger, dans le traité que viennent de publier MM. Poncet et X. Delore.

Après avoir rappelé les origines de ce mode de traitement et montré quels sont les rétrécissements qu'on peut dénommer à juste titre incurables : sténoses diffuses, rebelles aux procédés ordinaires, récidivant malgré toutes les tentatives; sténoses chez les individus profondément infectés; ulcérations tuberculeuses étendues, etc., les auteurs décrivent avec soin le manuel opératoire.

Dans l'uréthrostomie périnéale définitive (*méat périnéal définitif*), l'opération consiste essentiellement dans la section du l'urèthre en arrière du rétrécissement, dans la dissection du bout postérieur, sur une étendue de 2 à 3 centimètres, dans la suture muco-cutanée. Les opérés urinent désormais par le périnée, à la manière des femmes; ils ne sont plus aptes à la fécondation.

Dans l'uréthrostomie périnéale temporaire (*méat périnéal temporaire*), l'opération consiste simplement dans l'incision de l'urèthre, comme dans une uréthrotomie externe. L'urèthre n'est pas sectionné. On se contente de suturer, après incision, les lèvres de la muqueuse à la peau. La continuité du canal est conservée; plus tard l'oblitération du méat rétablirait la disposition normale, si le chirurgien le jugeait à propos.

La périnéostomie est une *opération d'absolue nécessité*. Elle s'adresse exclusivement aux rétrécissements récidivants, compliqués, de l'urèthre qui, soit en raison des désordres locaux qu'ils provoquent, soit en raison de l'état précaire des voies urinaires, etc., restent incurables. Les indica-

tions découlent donc des contre-indications des méthodes de choix : dilatation, uréthrotomie, uréthrectomie, etc...

Elle est l'application à l'urèthre d'un mode général de traitement journellement employé pour d'autres conduits naturels, irrémédiablement rétrécis ou obstrués : œsophage, intestin, etc. Elle est encore aux sténoses, aux pertes de substances inguérissables du canal, ce qu'est la cystostomie aux obstructions prostatiques qui ne sont plus justiciables du cathétérisme.

MM. Poncet et Delore relatent 25 observations, dont plusieurs datent de sept à huit ans. L'acte opératoire n'a pas entraîné de mortalité.

Quant aux résultats éloignés, ils paraissent absolument concluants. Tous les opérés sont très satisfaits, et cela sans aucune restriction. Leur esprit n'a pas subi le contre-coup de cette déchéance fonctionnelle relative, comme on pourrait le penser *a priori*. La plupart, au contraire, ont recouvré l'activité et la santé, à mesure que se régularisait leur fonction urinaire. Il n'est pas indifférent d'ajouter que tous étaient des urinaires, dans un état grave, avec menaces de pyélo-néphrite. Leur vie était compromise, à plus ou moins brève échéance. Le coït est praticable, mais sans fécondation normale.

Il est nécessaire de parcourir ces observations pour reconnaître quels avantages peut offrir au chirurgien, dans les cas invétérés, la méthode créée par M. le Professeur Poncet. Elle constitue une précieuse ressource pour rétrécis incurables.

Le strabisme et son traitement, par **H. Parinaud**. — Doin, édit., 1900, 1 volume de 197 pages.

L'étiologie, la pathogénie et le traitement du strabisme sont parmi les questions les plus complexes de l'ophtalmologie, et il n'en est pas dont la solution claire et satisfaisante présente pareille difficulté. C'est que sous les apparences d'un symptôme toujours plus ou moins semblable à lui-même, la déviation oculaire, l'affection revêt, tant dans ses causes premières que dans ses conséquences optiques, les caractères les plus variés. On s'est pendant longtemps contenté de distinguer entre le strabisme convergent et le strabisme divergent, mais c'est là une division par trop simpliste, et si nous ne sommes pas encore à même d'établir une classification étiologique complète des strabismes, on peut prévoir que pour cette question de pathologie comme pour toutes les autres, c'est en analysant et en recherchant les causes premières, l'étiologie, que nous pourrons le mieux grouper les faits et appliquer pour chaque cas spécial le traitement le plus approprié. Alors que certains cas de strabisme convergent hypermétropique seront justiciables du seul traitement optique, d'autres, au contraire, ne seront modifiés que par une intervention chirurgicale complétée par un traitement orthoptique, car il ne faut pas perdre de vue que dans le strabisme la disparition de la difformité apparente n'est qu'un des côtés de la question et que le rétablissement de la vision binoculaire, de la perception du relief,

doit être le but vers lequel doivent tendre tous nos efforts. A une époque où l'on pensait que la déviation oculaire avait pour unique cause un raccourcissement musculaire, il était permis de croire que la ténotomie pouvait à elle seule constituer toute la thérapeutique du strabisme, mais aujourd'hui il n'en est pas de même, et si le côté chirurgical de la question a conservé une grande importance, on peut dire que le traitement optique ou fonctionnel est appelé à jouer un rôle aussi important. Le traitement optique peut s'adresser à l'accommodation de l'œil strabique et depuis Donders on sait quelle importance a l'hypermétropie dans l'apparition de certains strabismes convergents, mais il peut encore agir par l'intermédiaire du fusionnement et du réflexe de convergence. Or, il faut pouvoir reconnaître ce que l'on est en droit d'attendre ou d'espérer de tel ou tel procédé thérapeutique; l'exclusivisme n'est plus possible, et c'est souvent par l'heureuse combinaison de tel ou tel procédé que l'on obtiendra des résultats parfaits.

Le volume que le Dr Parinaud publie sur le strabisme nous donne de toutes ces questions d'étiologie et de thérapeutique étiologique du strabisme un exposé des plus complets, des plus clairs et à la fois des plus personnels. — Les recherches neuro-pathologiques et physiologiques de M. Parinaud sur la vision binoculaire, sur l'innervation de convergence, sa connaissance approfondie des phénomènes neuro-moteurs lui ont permis d'envisager la question du strabisme d'une manière infiniment plus large qu'on ne l'avait fait avant lui, et ses mémoires originaux sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici.

On trouvera dans ce volume tous les résultats antérieurement acquis, coordonnés et formant un tout dont la lecture est des plus intéressantes et où se manifestent les rares qualités de cet observateur profond, de ce chercheur tenace et désintéressé, auquel nous devons déjà tant de travaux remarquables d'ophtalmologie et de physiologie.

Leçons de clinique chirurgicale, faites à l'hôpital de Montpellier, par **E. Tedenat**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine (t. I). Coulet et fils, à Montpellier, et Masson et Cie.

Ces dix-neuf leçons cliniques que vient de publier le professeur Tedenat sont formées « de causeries fragmentaires ajustées dans le meilleur ordre possible, non sans quelques redites; mais ces répétitions de faits analogues ou d'idées se complétant ont l'avantage de montrer les diverses modalités d'une même affection, chaque sujet réagissant et souffrant à sa manière, chaque malade réalisant sa maladie à lui ».

Dans ces leçons, l'auteur tient la promesse qu'il nous faite dans sa préface, d'insister sur le diagnostic topographique des lésions, et surtout sur le diagnostic étiologique et pathogénique : de la notion, de la cause et de son mode d'action se tirent les principales indications thérapeutiques. L'esprit scientifique qui a dirigé M. Tedenat dans la rédaction de son livre se traduit par cette phrase : « Je n'ai rien avancé qui n'eût une foi

entière et ma conviction intime. Ceci s'applique à mes hésitations et à mes doutes comme à mes affirmations ».

Dans toutes ces leçons nous trouvons, avec le résultat de l'expérience personnelle et des méditations de l'auteur, traduits par un grand nombre d'applications pratiques et de théories originales, une large place faite aux données le plus récemment acquises dans l'étude des sujets qu'il a été amené à traiter.

Certaines de ces leçons, telles que celles qui traitent de la cystite tuberculeuse, de la cystite douloureuse, de l'hypertrophie de la prostate, des inflammations périuréthrales sont de véritables monographies très complètes, appuyées sur un bon nombre de faits et d'expériences personnelles, donnant à côté des considérations cliniques une place prépondérante à la question si difficile parfois de la thérapeutique de ces affections.

Dans les leçons sur l'érysipèle, sur l'arthrite blennorragique, la question de la pathogénie est mise au point d'une façon très complète; dans les pages consacrées à la bactériologie de l'érysipèle en particulier, la question de la sérothérapie des streptococcies, et de l'action des sérums sur les tumeurs sont longuement étudiées. Le traitement des arthrites blennorragiques est un chapitre des plus intéressants; l'auteur s'appuyant sur ses observations considère l'arthrotomie comme un mode de traitement recommandable dans toutes les formes autres que la forme arthralgique simple.

Nous citerions encore, parmi ces leçons, celles qui traitent des œdèmes infectieux, des névralgies et de la tuberculose du testicule, du mal perforant, si toutes n'étaient à lire. Dans chacune d'elles le lecteur trouvera, à côté des notions classiques, des idées neuves et des aperçus originaux.

V. Morax.

Le propriétaire-gérant : Félix Alcan.

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD.

A PROPOS

DE

LA SUTURE DES PLAIES DU CŒUR

Par F. TERRIER et E. REYMOND

Nous avons eu déjà l'occasion [1], il y a deux ans, de réunir les différentes observations des sutures de plaies du cœur pratiquées jusqu'à cette époque. Depuis lors plusieurs ont encore paru : celles de Giordano [2], de W. Horodynski, de Maliszewski [3], de Maselli [4], de Fontan [5].

Nous n'avons groupé aujourd'hui que les cas où l'opération a pu être achevée, sans y joindre ceux dans lesquels le malade est mort au cours de la suture du cœur, comme celui de Marion [6], ni ceux où le chirurgien, renonçant à la suture, s'est contenté d'un tamponnement, que celui-ci ait été suivi de mort comme le cas de Stern [7], ou de guérison comme ceux de Marks [8] et de Ferraresi [9].

Or en ne tenant compte que des observations où la suture cardiaque a été réellement effectuée, nous arrivons à un total de onze

1. F. Terrier et E. Reymond. *Chirurgie du cœur et du péricarde*, 1898; F. Alcan édit.
2. Giordano. *Suture d'une plaie de l'oreillette gauche* (*Riforma medica*, 9 et 10 septembre 1898, et *Semaine médic.*, 5 oct. 1898, p. 407).
3. Witold Horodynski et Venceslas Maliszewski. *Contribution au traitement opératoire des blessures du cœur*, avec trois observations personnelles (Varsovie, 21 mai 1899, K. Kovalewski, édit.).
4. Maselli. *Suture d'une plaie du cœur* (*Clinica chirurgica*, 1900, p. 52, et *Presse médicale*, 16 mai, 1900, n° 39, p. 244).
5. Fontan. *Plaies du cœur, suture du ventricule gauche, guérison* (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 9 mai 1900, p. 492).
6. Marion. *Intervention pour plaie du cœur* (*Presse médicale*, 20 mars 1898, n° 25 p. 148).
7. Stern. *Intervention pour plaie du cœur par arme à feu*, (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1900, n° 13, p. 424, et *Presse médicale*, 23 mai 1900, n° 41, p. 256).
8. Marks. *Medical Fortnightly*, t. III, f. 2, p. 42, 1893; et *Revue d'Hayem*, 1893, t. XLII, p. 267.
9. Ferraresi. *Gazetta medica di Roma*, 1896, t. XXII, p. 29.

observations auxquelles manquent peut-être un certain nombre de cas n'ayant pas été publiés ou nous restant inconnus [1].

Ces onze observations nous ont permis de constituer un tableau dont la publication intégrale pourrait paraître fastidieuse, mais dont les éléments sont intéressants à comparer : nous allons en indiquer quelques-uns, n'insistant du reste que sur ce qui concerne le manuel opératoire.

I. — *Siège de la plaie sur la paroi thoracique.*

La plaie extérieure se trouve :

3 fois dans le	3e	espace	intercostal gauche.
2 —	4e	—	—
1 —	5e	—	—
1 —	6e	—	—
1 —	7e	—	—

Dans trois cas le siège exact de la plaie n'est pas indiqué, les auteurs parlent de la région précardiaque ou du voisinage du mamelon.

Quant à la situation de la plaie par rapport à la ligne médiane, voici les renseignements fournis dans 9 des observations. Dans un cas la plaie est immédiatement sur le bord gauche du sternum, dans un autre elle est à trois centimètres de ce bord; 5 fois la plaie correspond à la ligne du mamelon. Dans 2 cas enfin la plaie est plus éloignée encore de la ligne médiane : dans l'un elle est sur la ligne axillaire antérieure, dans l'autre sur la ligne axillaire moyenne. Or de ces deux dernières plaies, la première (Giordano) faite dans le troisième espace, alla atteindre l'oreillette gauche, l'autre (Cappelen [1]), dans le quatrième espace, correspondait à une blessure du ventricule gauche.

1. Un nouveau cas de suture cardiaque vient d'être signalé par M. Nanu de Bucharest, (XIIIe Congrès international de médecine, section de chirurgie générale, 7 août 1900).

C'est à l'occasion d'une plaie siégeant dans le 3e espace intercostal gauche, à 4 centimètres du bord sternal, qu'intervint M. Carnabel, adjoint de M. Nanu, aussitôt après l'entrée du malade à l'hôpital. Le lambeau, limité par deux incisions, rappelle celui que traça Giordano (fig. 5). Les 3e et 4e cartilages costaux sont réséqués. — On découvre une plaie pleurale qu'on tamponne, une plaie péricardique qu'on agrandit. Le cœur présente près de son sommet une plaie pénétrante acceptant l'extrémité du petit doigt. La main gauche saisit et fixe le cœur, tandis que la plaie de celui-ci est fermée par trois points séparés de suture au catgut. Fermeture du péricarde, drainage de la plèvre avec de la gaze.

Le malade meurt le 5e jour : l'autopsie permet de constater l'infection de la plèvre et du péricarde.

2. Cappelen. *Plaie du cœur traitée par la suture*, (*Norsk. mag. for Lægevidenskaben*, Christiania, mars 1896).

Comme on le voit, les observations précédentes correspondent toutes à des plaies dont l'orifice est situé à gauche du sternum dans un champ relativement limité. Il en serait autrement si nous envisagions des plaies du cœur quelconques, ou même des plaies du cœur qu'on a tenté de suturer, mais sans succès. Dans le cas de Stern, par exemple, la plaie cutanée correspond au cinquième espace intercostal *droit*, à un centimètre du bord sternal, et c'est l'oreillette droite qui a été blessée. Or la suture fut jugée impossible à cause de la situation même de la plaie cardiaque.

II. — *Siège de la plaie sur le cœur.*

Les 11 plaies cardiaques suturées se répartissent ainsi :
Ventricule gauche : 7 cas.
— droit : 2 cas.
Pointe du cœur : 1 cas.
Oreillette gauche : 1 cas.

III. — *Profondeur et étendue de la plaie cardiaque.*

La largeur de la plaie appréciée par l'opérateur varie de 1 à 2 centimètres; quant à la profondeur, il semble que trois fois seulement la plaie ait été pénétrante. La chose ne paraît pas douteuse en particulier dans le cas de Fontan, étant donnée la profondeur de 7 centimètres à laquelle pénétrait le stylet. Il semble donc qu'il faille en revenir des affirmations de ceux qui, avec del Vecchio, ne considèrent pas les plaies *pénétrantes* du cœur comme pouvant être curables.

IV. — *État de la plèvre et du poumon.*

Dans tous les cas que nous avons réunis, la plèvre gauche a été traversée; elle contenait du sang en quantité plus ou moins grande. Cappelen y trouve jusqu'à 1400 grammes de sang, Horodynski un litre et demi à deux litres de sang liquide ou de caillots qui compriment le poumon et le repoussent en arrière. Pisarzewski [1] évalue à trois litres la quantité de sang qu'il aurait trouvée dans la plèvre gauche.

Ce sang accumulé dans la plèvre paraît généralement venir et du cœur et du poumon. La communication suffisamment large entre le péricarde et la plèvre permet au sang de ne pas distendre la pre-

1. Pisarzewski. *Plaie du cœur suivie de mort au bout de sept heures* (*Medycyna*, Varsovie, 1896, XXIV, 721).

mière de ces séreuses, évitant ainsi ces phénomènes de compression d'un pronostic si rapidement funeste.

En ce qui concerne le poumon, celui-ci paraît avoir été traversé sur une épaisseur considérable dans le cas où la plaie extérieure était éloignée de la ligne médiane (Cappelen, Giordano). Dans les observations de Horodynski, de Maliszewski (2e observation), de Fontan, c'est le bord antérieur du poumon gauche qui était traversé et l'hémostase directe put être faite. Il existe enfin certaines observations où il n'est aucunement question de lésion pulmonaire et où la situation même de la plaie au niveau de l'encoche pulmonaire explique comment la plèvre seule a été traversée.

V. — *Instruments vulnérants.*

Dans tous les cas, la blessure est due à une arme blanche : couteau, poignard, branche pointue d'une paire de ciseaux. Les plaies par balles ont donné lieu à des interventions au cours desquelles on a vidé ou tamponné le péricarde (Podrez [1], Stern [2], Marks [3], Ferraresi [4]) mais sans avoir pratiqué la suture de la plaie elle-même, que celle-ci ait été jugée inutile (Podrez) ou impossible (Stern).

VI. — *Résultats de la suture cardiaque.*

Les 11 cas se répartissent en 3 guérisons (Rehn [5], Parrozani, Fontan) et 8 morts.

La mort est survenue aux époques suivantes :

1 fois.	le	1er jour.
2 fois.	le	2e —
1 fois.	le	3e —
1 fois.	le	4e —
1 fois.	le	8e —
1 fois.	le	19e —
1 fois.	le	20e —

Sur ces 8 décès nous trouvons quatre fois des phénomènes d'infection non douteuse; dans deux cas la mort paraît avoir été consécutive à la grande perte de sang; dans deux autres cas on n'en peut préciser la cause.

1. Podrez. *Chirurgie du cœur* (*Vratch*, Saint-Pétersbourg, 1898, n° 26, p. 749-758, et *Revue de Chirurgie*, 10 mai 1899, n° 5, p. 637-659).
2. Stern. *Loc. cit.*
3. Marks. *Loc. cit.*
4. Ferraresi. *Loc. cit.*
5. Rehn. Cong. de la Soc. allem. de Chirurgie, Berlin, 22 avril 1897, et *Arch. für klinische Chirurgie*, Berlin, 1897, t. LV, fasc. 2, p. 315-329.

VII. — *Des procédés opératoires.*

Sur 11 observations nous trouvons 10 procédés différents, si toutefois chacun d'eux mérite le nom de procédé. Seul Parozani [1] a suivi la même conduite dans les deux cas qui lui sont personnels.

Cette multiplicité de procédés tient non seulement à la situation différente des plaies thoraciques, mais encore aux doutes que gardait l'opérateur sur la profondeur de la plaie et la nature de l'intervention à laquelle il allait avoir recours. Aussi le voit-on ordinairement agrandir la plaie cutanée, réséquer la côte sous-jacente, puis, constatant l'insuffisance de cette ouverture, poursuivre petit à petit le tracé d'un lambeau qu'il eût compris différemment s'il avait eu à le tailler de parti pris.

Il est probable que souvent encore dans l'avenir l'incertitude du diagnostic empêchera de pratiquer d'emblée une opération méthodique et que toujours la situation de la plaie extérieure commandera en partie le tracé du lambeau.

Toutefois il nous semble possible dès maintenant, en groupant les divers procédés déjà employés, de préciser quelques méthodes entre lesquelles on doit choisir sinon pour appliquer exactement l'unes d'elles, du moins pour s'en rapprocher autant que les circonstances le permettent.

Nous allons envisager successivement la façon dont on peut se comporter vis-à-vis de la paroi thoracique, de la plèvre et du cœur.

Mais auparavant disons un mot de l'anesthésie : Rehn et Fontan sont les seuls qui disent avoir endormi leurs malades, le premier avec de l'éther, le second avec du chloroforme. Les autres chirurgiens n'en parlent pas ou spécifient que le patient n'a pas été endormi. Or les deux opérés de Rehn et de Fontan ont guéri, tandis que sur 8 opérés sans anesthésie, 7 ont succombé.

C'est là un rapprochement dont il ne faut certes pas exagérer l'importance, d'autant que si l'on n'a pas endormi ces 8 malades, cela tient sans doute en partie à ce que leur état était tel dès ce moment qu'on n'osait pas le faire. Toutefois, il suffit de lire la description de certaines des interventions faites sans anesthésie pour rester persuadé que celle-ci aurait heureusement modifié les conditions de l'opération.

A. — Volet thoracique.

Certains opérateurs ont détaché d'abord un lambeau musculo-cutané et pratiqué ensuite la résection des côtes, des cartilages,

1. Parozani, *Lancet*, 1897, vol. I, p. 260, et *Semaine médicale*, 12 mai 1897, n° 23, p. 90.

parfois du st ernum; les autres ont cherché à comprendre dans le lambeau les côtes elles-mêmes, celles-ci se trouvant reprendre ensuite une situation normale alors que le lambeau était rabattu.

Mais ces deux modes de faire ne constituent pas des procédés différents : ils sont avant tout commandés par les circonstances; si celles-ci obligent parfois à réséquer définitivement les côtes, il n'en est pas moins vrai que toutes les fois que le diagnostic de plaie profonde sera nette ment posé on devra chercher à mobiliser de parti pris un large l ambeau comprenant à la fois les parties molles et les côtes.

Ce qui permet d'établir avec plus de raison une classification des procédés divers, c'e st le sens suivant lequel on rabat le lambeau, et à cet égard on peut considérer qu'il existe *trois types*, dont les chirurgiens se sont plus ou moins rapprochés dans la pratique et entre lesquels il faut choisir au moment d'une intervention.

Dans le premier procédé la charnière du volet est horizontale. dans la deuxième elle est verticale et interne, dans la troisième elle est verticale et externe.

1er PROCÉDÉ. — *Volet de la paroi thoracique à charnière horizontale.*

Tel est, par exemple, le lambeau que propose Roberts[1] (fig. 1). Une première incision verticale de 4 à 5 centimètres de longueur est menée un centimètre à gauche de la ligne médiane : elle part du niveau du bord supérieur du quatrième cartilage et descend jusqu'au bord supérieur du sixième. — Une deuxième incision, parallèle à la première et à 4 ou 5 centimètres en dehors d'elle, va du bord supérieur de la quatrième côte jusqu'au bord supérieur de la sixième côte. Les deux lignes verticales sont réunies en bas par une courbe à convexité inférieure.

Del Vecchio[2] modifie ce procédé en proposant deux battants dont l'un se rabat en haut, l'autre en bas.

Loison[3] a décrit avec soin ici même un procédé analogue (fig. 2). Rappelons qu'il mène une incision transversale de 6 à 8 centimètres de longueur en débridant à droite et à gauche de l'orifice d'entrée de l'instrument vulnérant : s'il n'y a pas de plaie cutanée, le lieu d'élection de cette incision est le quatrième espace. « Au niveau des extrémités de l'incision transversale on élèvera deux incisions verticales, l'une le long du bord gauche du sternum, allant du bord infé-

1. Roberts. *American journal of the medic. sciences*, 1897, t. 114, p. 642.
2. Del Vecchio. *La Riforma medica*, 1895, t. II, p. 38.
3. Loison, *Des blessures du péricarde et du cœur* (*Rev. de Chir.*, 10 juillet 1899, p. 80.)

rieur du troisième cartilage costal jusqu'au bord supérieur du septième par exemple, l'autre parallèle à la précédente, ayant la même longueur, et passant à 5 ou 10 millimètres en dedans du mamelon. Au-dessus et au-dessous de l'incision transversale, avec le doigt ou avec la spatule mousse et légèrement recourbée on décollera doucement, à la face interne de la côte, la plèvre doublée

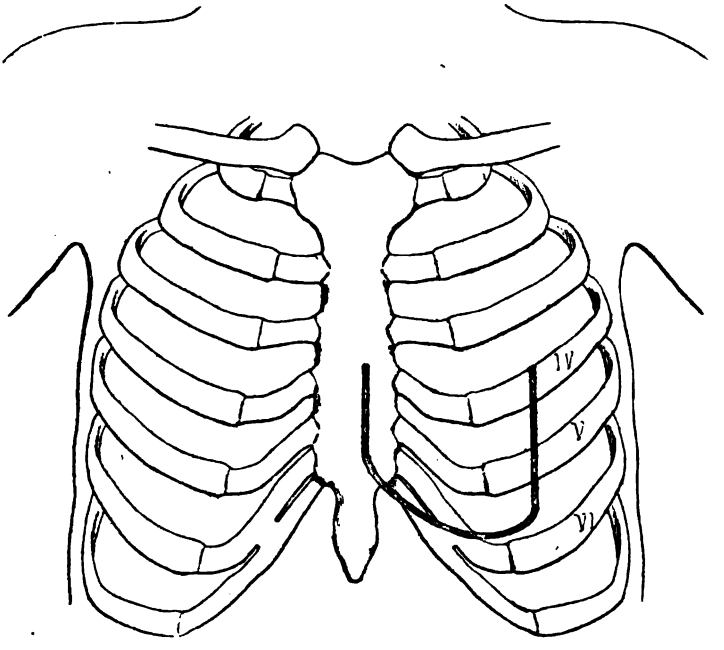


Fig. 1. — Volet thoracique à charnière horizontale : un seul battant qu'on relève en haut (Roberts).

du fascia endothoracique et du triangulaire du sternum en dedans; on sectionnera les côtes et les cartilages au niveau des incisions latérales. » On aura ainsi deux volets, l'un supérieur l'autre inférieur,

Si ceux-ci ne suffisent pas, on pratiquera un troisième volet sternal en menant au-devant du sternum deux incisions transversales partant de l'incision verticale parasternale et allant jusqu'au bord droit du sternum : puis on décolle le triangulaire de la face profonde du sternum et on rabat à droite le lambeau sternal, une charnière s'établissant au niveau de l'insertion des cartilages sur le bord droit du sternum.

Tel est, d'après Loison, le procédé de thoracotomie idéal applicable à la généralité des blessures cardio-péricardiques permettant, « suivant les besoins, un agrandissement progressif et par temps succes-

sifs de la voie préliminaire vers le haut, vers le bas, ou vers la ligne médiane ».

Si nous n'insistons pas sur les avantages que peuvent avoir les volets thoraciques proposés par Roberts, del Vecchio, ou Loison, c'est que tout volet à charnière horizontale nous paraît avoir d'inévitables et gros inconvénients : il est long et parfois difficile à effec-

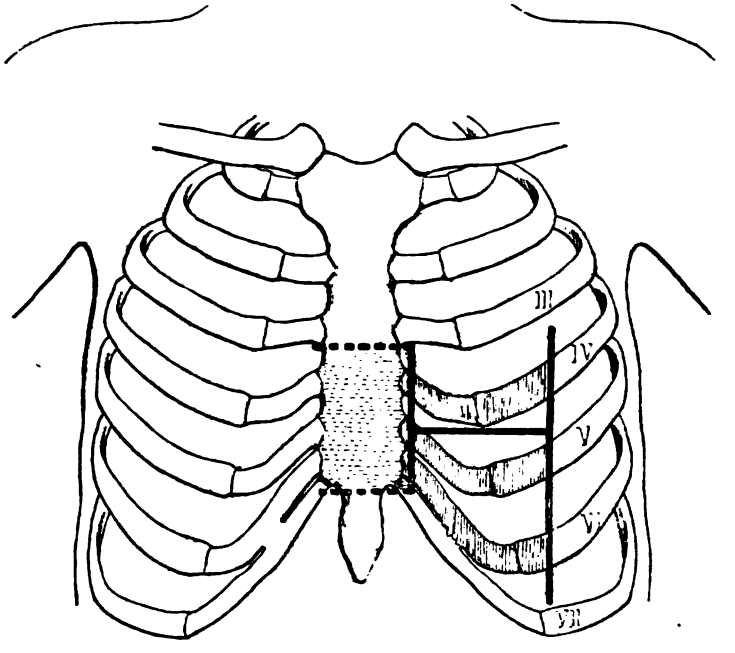


Fig. 2. — Volets thoraciques à charnieres horizontales : deux battants s'ouvrant l'un en haut l'autre en bas. Si le cœur n'est pas assez à découvert, on rabat à droite au 3e volet comprenant le sternum (Loison).

tuer : si l'on pratique deux volets, le volet inférieur est souvent difficile à rabattre du fait des symphyses cartilagineuses pouvant réunir différemment, suivant les sujets, les cinquième, sixième et septième côtes; l'hémostase du lambeau est moins rapide que dans les autres procédés; ce lambeau est mal nourri, car les intercostales qui lui correspondent ont été sectionnées au niveau des deux bords verticaux. Le manque de vitalité facilite l'infection et est à redouter alors surtout qu'on laisse dans le lambeau les fragments costaux : ceux-ci auront d'autre part d'autant moins de tendance à reprendre leur situation normale et à la garder qu'ils sont attirés l'un en haut, l'autre en bas par la rétraction, grâce à laquelle les deux

volets supérieur et inférieur s'écartent ou tirent sur la suture qui les réunit.

2° PROCÉDÉ. — *Volet thoracique à charnière verticale et interne.* Parozzani, dans ses deux interventions, s'était rapproché de ce procédé en taillant à gauche un lambeau en L qu'il rabattait au-devant du sternum. Mais c'est Rotter [1] qui décrivit l'opération type, et Stern chercha à la pratiquer sur le vivant.

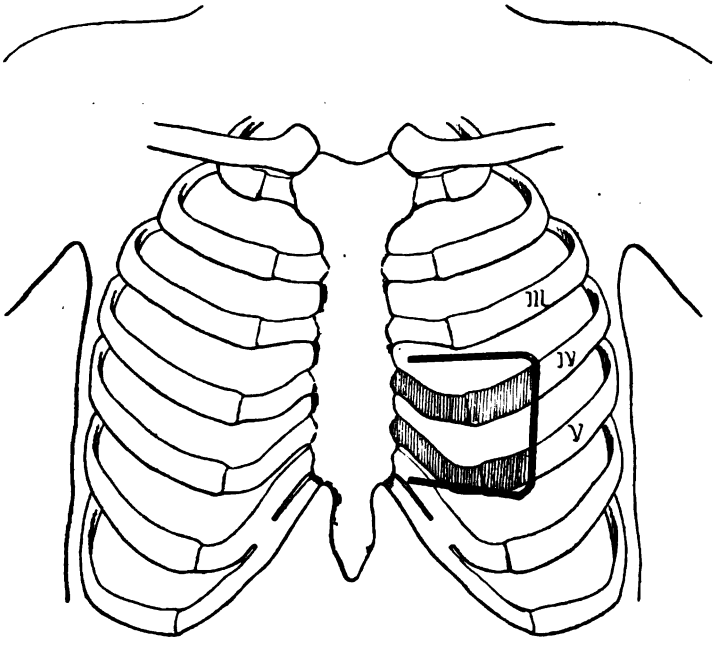


Fig. 3. — Volet thoracique dont la charnière verticale et interne correspondant au bord gauche du sternum (Rotter).

Le procédé de Rotter (fig. 3), permet de mettre rapidement le cœur à nu et d'effectuer l'opération presque sans assistance. Le lambeau est limité par trois incisions : une première incision horizontale et supérieure, longue de 10 centimètres, part d'un centimètre et demi du bord gauche du sternum, longe le bord inférieur de la troisième côte. La seconde incision, parallèle à la première, part elle aussi d'un centimètre et demi du bord sternal, mesure 8 centimètres, et longe le bord inférieur de la cinquième côte. Les extré-

1. Rotter, *Opération-type pour les plaies du cœur* (*Münchener medicinische Wochenschrift*, 1900, n° 3, p. 79).

mités gauches de ces deux premières incisions sont réunies par une incision passant en dedans du mamelon.

En traçant les deux incisions horizontales, on intéresse toute l'épaisseur de la paroi thoracique et on ouvre la plèvre gauche. En pratiquant l'incision verticale, on sectionne les deux côtes comprises dans le lambeau, c'est-à-dire les quatrième et cinquième.

Le volet ayant été ainsi circonscrit, on le soulève et on le rabat en dedans en luxant les côtes au niveau de leur insertion sternale L'ouverture chirurgicale a alors un diamètre oblique de 12 centimètres.

L'hémorragie opératoire est peu considérable : l'artère mammaire interne située ordinairement de 5 millimètres à 10 millimètres au plus du bord sternal, n'est pas lésée par le renversement du lambeau. Les quatrième et cinquième artères intercostales doivent seules être lésées.

Le procédé est séduisant en ce qu'il est d'une exécution facile et rapide, qu'il peut être appliqué presque sans aide et qu'il ne doit entraîner qu'une hémorragie peu considérable. Mais il suffit de le pratiquer sur le cadavre pour juger de ses inconvénients, qui sont d'ailleurs communs, pour la plupart, à tout lambeau dont la charnière est voisine du bord sternal.

En effet, de deux choses l'une : ou bien on se contente de comprendre dans le lambeau la peau et le tissu sous-cutané, pratiquant ensuite les résections costales, et dès lors on fait perdre au procédé ses avantages de rapidité et de résection osseuse temporaire; ou bien on laisse, comme le fait Rotter, les côtes dans le volet thoracique rejeté en dedans, mais en ce cas on se trouve dans l'impossibilité d'agrandir la brèche du côté du sternum, si on la juge insuffisante au cours de l'intervention.

Il est vrai que presque tous les opérateurs ont constaté que le cœur était suffisamment abordable sans résection sternale. Toutefois certains se sont donné du jour de ce côté : tel par exemple Tassi[1] réséquant le bord du sternum au niveau de la 5e côte, ou Marion enlevant la moitié gauche du sternum dans sa partie inférieure.

D'ailleurs le procédé de Rotter a été appliqué dernièrement par Stern[2] pour une plaie par arme à feu de l'oreillette droite, et si la plaie n'a pu, au cours de l'opération, être découverte et suturée, c'est en partie au procédé qu'il faut s'en prendre : aussi l'observation mérite-t-elle d'être rappelée.

1. Tassi. *Bullettino della Accad. medica di Roma*, An. XXII, 1896-1897, fasc. 1, p. 17.
2. Stern. *Loc. cit.*

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui entre à l'hôpital deux heures après s'être tiré un coup de revolver dans la poitrine. La plaie extérieure se trouvait à un centimètre du bord *droit* du sternum, dans le 5e espace intercostal : il en sortait un filet de sang. Les symptômes présentés par le malade permirent de porter le diagnostic précis de plaie pénétrante du cœur, et l'état du malade s'aggravant, on intervenait deux heures après l'accident.

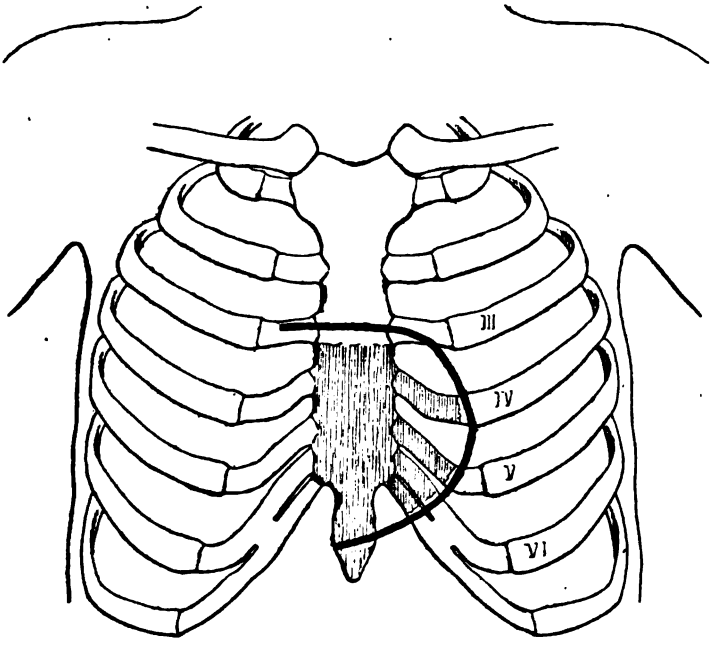


Fig. 4. — Volet thoracique dont la charnière verticale et interne correspond au bord droit du sternum (Marion).

Or, quoique la plaie extérieure fût à droite du sternum, et qu'on ait eu lieu de supposer que c'était une portion retro-sternale du cœur qui avait été blessée, on tailla le lambeau de Rotter tel que nous venons de le décrire; on le rabattit à droite; le poumon gauche fut repoussé; on aborda le péricarde, et comme on ne vit pas l'ouverture qu'y avait faite le projectile, on incisa cette membrane entre deux pinces qui la soulevaient. On constata que la face antérieure des ventricules était intacte; on chercha en vain à en explorer la face postérieure, et le malade étant mort deux heures après, c'est seulement à l'autopsie qu'on reconnut que la balle avait perforé

l'oreillette droite pour venir se loger dans la base du poumon, presque sous la plèvre viscérale.

Aussi Stern conclut-il que si le procédé de Rotter met facilement à nu la face antérieure des ventricules, il ne permet d'aborder ni les plaies de la face postérieure du cœur, ni celles de la face antérieure des oreillettes.

Terminons en insistant sur ce que Rotter sectionne de suite la paroi thoracique dans toute son épaisseur, y compris la plèvre pariétale, dont une portion reste adhérente à la face profonde du lambeau. Si l'on voulait agir autrement et décoller la plèvre à mesure qu'on soulève le lambeau, ce décollement commencé en dehors, loin du cul-de-sac antérieur, serait bien autrement délicat que dans le volet à charnière externe dont il nous reste à parler.

Remarquons toutefois auparavant que le volet dont la charnière correspond au bord gauche du sternum n'est pas le seul volet à base interne que l'on puisse pratiquer dans la région cardiaque. Certains auteurs, frappés des inconvénients du procédé ci-dessus et désireux surtout de mettre le cœur largement à découvert, ont proposé de laisser tout ou partie du sternum dans le lambeau, dont la charnière ne correspond plus dès lors au bord gauche, mais au bord droit du sternum.

Citons comme exemple le volet proposé par Marion (fig. 4) : ce n'est pas celui qu'il a tenté d'appliquer sur le vivant, mais celui auquel il donne la préférence après recherches sur le cadavre. L'incision commence au niveau de la 3e côte, à 2 centimètres du bord *droit* du sternum, passe transversalement devant le sternum, qu'elle déborde un peu, pour descendre le long du bord gauche et ne s'en éloigner au plus que de 5 centimètres. L'incision se recourbe à droite pour finir à l'extrémité de l'appendice xyphoïde.

Le sternum est sectionné au-dessous de la 3e côte au moyen d'un costotome. On sectionne ensuite les cartilages des 4e, 5e, 6e et au besoin celui de la 7e côte, ainsi que les muscles intercostaux correspondants.

Le volet ostéo-cutané est soulevé et rabattu à droite, après qu'on a détaché avec une rugine les parties adhérentes à sa face postérieure.

Un pareil procédé n'a jamais, à notre connaissance, été pratiqué sur le vivant : on se rend compte du délabrement considérable qu'il entraîne. Le renversement à droite du volet ne peut se faire complètement, car si la luxation des articulations chondro-sternales est aisée en ce qui concerne les 4e et 5e côtes, il en est tout autrement pour les 6e et 7e. D'autre part la double ligature de la mammaire interne gauche fait que le volet ne peut plus être

irrigué que par des anastomoses avec les vaisseaux du côté opposé. Enfin si ce volet soulevé presque sur la ligne médiane permet d'aborder facilement le péricarde et le cœur, il rend difficile l'exploration du poumon gauche : c'est là un sérieux inconvénient pour toute plaie thoracique dont l'orifice externe est quelque peu distant du bord sternal; en pareil cas non seulement le chirurgien est certain de l'existence d'une plaie pulmonaire, mais parfois il ne

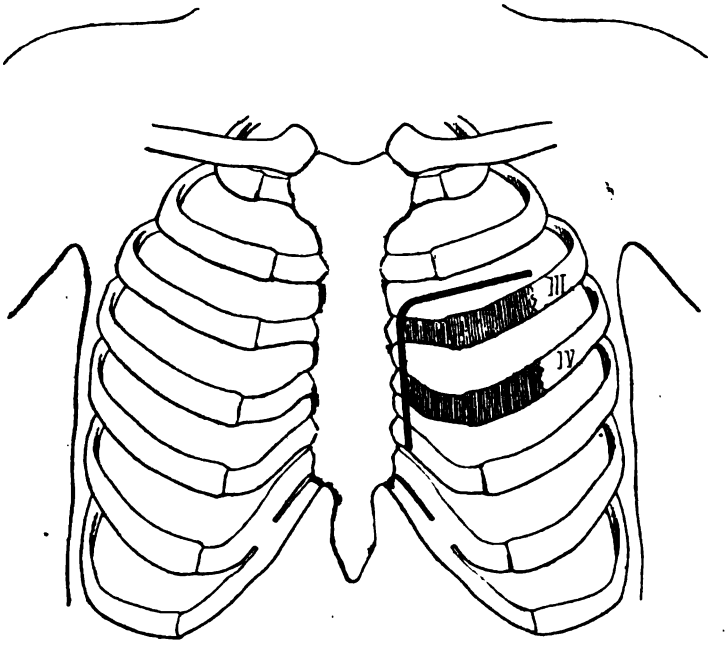


Fig. 5. — Volet thoracique se rabattant en dehors et en bas Giordano.

sait pas si le poumon n'est pas seul lésé, et son opération est tout d'abord exploratrice.

3e Procédé. — *Volet thoracique à charnière verticale et externe.* — C'est à la chirurgie pulmonaire qu'avait d'abord été appliqué le procédé consistant à soulever un volet thoracique à lambeau externe. Delorme[1] avait proposé de tailler un volet suivant la direction oblique des côtes, s'étendant en haut jusqu'à la 3e, en bas jusqu'à la 6e, et sa base restant postéro-supérieure. Le volet ainsi formé se soulève comme le feuillet d'un livre et peut après l'opération se

1. Delorme. *Contribution à la chirurgie de la poitrine* (Congrès de Chirurgie français de 1893, p. 422).

rabattre et refermer complètement le thorax : sa forme, ajoute Delorme, peut varier suivant le but qu'on se propose.

C'est encore à la chirurgie pulmonaire qu'ont été appliqués par Lambotte[1], Llobet[2], Posadaz[3] des procédés se rapprochant de celui que nous allons décrire pour le cœur.

Mais c'est à propos de la chirurgie du cœur et du péricarde que Loison propose le volet de Delorme « comme procédé spécial, applicable dans les cas où l'orifice d'entrée de la plaie se trouve en dehors du champ précordial et dans lesquels on peut supposer l'existence d'une blessure pulmonaire concomitante ». Peut-être le volet thoracique à base externe peut-il être encore beaucoup plus fréquemment appliqué à la chirurgie cardiaque, mais à la condition de ne pas suivre la même technique qu'au cas de chirurgie pulmonaire. C'est bien pour atteindre le cœur que Podrez[4] traça un volet à base externe qu'il souleva et rejeta à gauche. Ce volet comprenait la moitié gauche de l'extrémité inférieure du sternum et les cartilages costaux depuis le troisième jusqu'au sixième inclusivement. Grâce à cette brèche, « quand la plaie fut élargie par les écarteurs, on put voir presque tout le cœur jusqu'aux gros vaisseaux ».

Giordano[5] (fig. 5), en présence d'une plaie extérieure siégeant sur la paroi antérieure de l'aisselle gauche, enfonce son doigt dans la plaie pour l'explorer et, sans le retirer, prolonge celle-ci par une incision transversale qui, sans intéresser les muscles intercostaux, va jusqu'au bord gauche du sternum. A partir de ce point il mène une incision verticale qui s'arrête en bas au niveau de la 5e côte. Cette incision en ⊢ limite un lambeau qui est détaché des parties sous-jacentes et rejeté en dehors et en bas. La 3e côte est alors sectionnée en arrière d'abord, puis en avant, à 1 centimètre du sternum, pour ménager l'artère mammaire; enfin on rejette en dehors cette côte non dépourvue du périoste et des muscles qui s'y attachent. Giordano se comporte de même vis-à-vis de la 4e côte et la brèche ainsi obtenue lui permet de suturer une plaie de l'oreillette gauche. La 3e côte va ensuite être remise en place et la 4e enlevée pour permettre le drainage.

Mais il faut arriver à la récente intervention de Fontan[6] pour

1. Lambotte. *Méthode de Delorme modifiée* (Soc. belge de Chir., 24 février 1894).
2. Llobet. *Thoracotomie et Thoracoplastie* (*Rev. de Chir.*, 1895, XV, p. 242-245).
3. Posadaz. *Thoracoplastie temporaire et partielle*, in *Chir. de la plèvre et du poumon* de F. Terrier et E. Reymond, p. 253.
4. Podrez. *Loc. cit.*
5. Giordano. *Loc. cit.*
6. Fontan. *Plaie du cœur. Suture du ventricule gauche. Guérison* (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 9 mai 1900, p. 492).

saisir tout ce que l'on peut attendre du volet thoracique à base externe. « Je pratique, dit Fontan (fig. 6), rapidement un grand volet comprenant les 4e, 5e, 6e côtes, le centre du volet correspondant au mamelon, le bord inférieur correspondant à la plaie antérieure (dans le 6e espace), le bord interne se trouvant à peine en dedans de la ligne des articulations chondro-costales. La section est faite en plein cartilage avec le bistouri. A la base du lambeau,

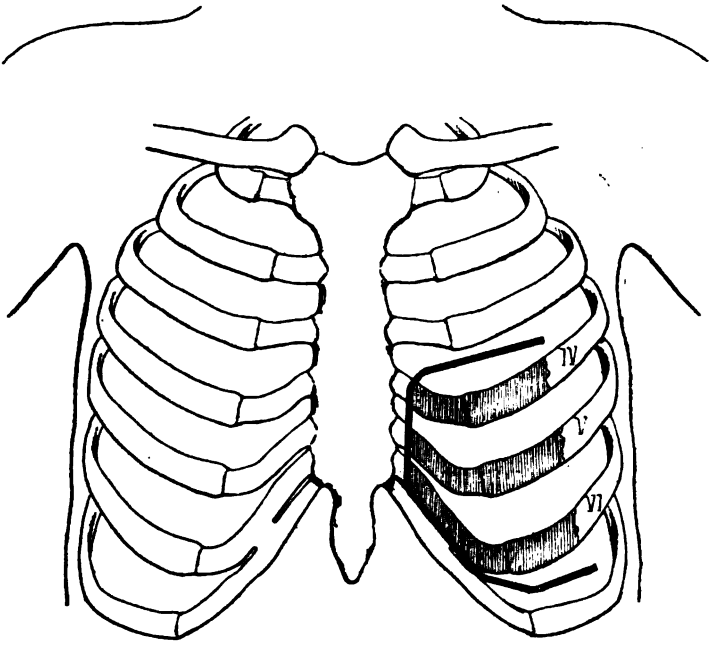


Fig. 6. — Volet thoracique à charnière verticale et externe se rabattant en dehors (Fontan).

sur la ligne axillaire, la côte supérieure et l'inférieure sont sectionnées avec la cisaille, l'intermédiaire est fracturée à la main. »

Tel est le volet qui a permis à Fontan de suturer avec succès une plaie du ventricule gauche située à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la pointe.

Or, tout volet thoracique analogue au précédent, ayant une base externe, un bord libre placé un peu en dehors des articulations chondro-sternales, présente les avantages suivants : rapidité d'exécution, simplicité de l'hémostase, facilité de ménager la plèvre, grande étendue de la région cardiaque ainsi découverte, possibilité d'agrandir encore le champ opératoire en modifiant le manuel au cours de l'intervention.

Nous n'insistons pas sur la rapidité du procédé, nous reviendrons sur la possibilité de refouler la plèvre au lieu de la laisser adhérente au volet qu'on soulève. Quant à l'hémostase, rappelons que la mammaire interne peut rester indemne et être repoussée en dedans avec le tissu cellulaire : on aura sectionné en tout deux branches intercostales antérieures.

La brèche ainsi faite permet de découvrir la totalité du ventricule gauche, — la presque totalité du ventricule droit et de l'oreillette gauche : l'oreillette droite reste seule plus difficilement accessible. Si le territoire cardiaque découvert est plus étendu dans ce procédé que dans celui de Rotter, c'est que sur le bord du sternum la brèche, au lieu d'être limitée par le bord épais au niveau duquel le volet se resserre, est limitée par un bord mince que l'écarteur repousse jusqu'au sternum.

Si cependant l'opérateur manque de jour en dedans et a besoin d'agrandir la brèche thoracique pour rendre plus accessible la plaie cardiaque, il suffit de prolonger en dedans les incisions horizontales, et de transformer en ⌶ le tracé primitif. On soulève le lambeau cutané interne, et après double ligature de l'artère mammaire interne on attaque à la gouge ou autrement le bord sternal, poursuivant la résection aussi loin qu'on le juge nécessaire.

B. — Traitement de la plèvre et du poumon.

Si les opérateurs ont beaucoup varié dans leur façon d'ouvrir le thorax, en revanche ils se sont les uns et les autres comportés à peu près de même vis-à-vis la séreuse pulmonaire.

Ils ont généralement constaté sur celle-ci l'existence d'une plaie, l'ont agrandie, et après avoir traité de telle ou telle façon le poumon et l'épanchement pleural, ils ont pénétré dans le péricarde à travers le feuillet médiastinal de la plèvre.

Les conséquences de cette façon de faire sont faciles à prévoir : ouverture très large de la plèvre gauche, puisque c'est à travers elle que l'opération va se poursuivre; nécessité, si l'on draine le péricarde, de pratiquer ce drainage à travers la plèvre, d'où chance d'infection réciproque des deux séreuses, passage de gaz et de liquides de l'une dans l'autre; — et si on ne veut pas drainer le péricarde, difficulté de suturer séparément le péricarde et le feuillet pleural profond; aussi voyons-nous l'opérateur suturer le péricarde et le feuillet médiastinal de la plèvre par une même rangée de sutures, chacune de celles-ci pénétrant à la fois dans les deux séreuses péricardique et pleurale et pouvant faciliter l'infection de l'une par l'autre.

Ne serait-il pas plus avantageux une fois la plèvre et le poumon traités d'après les lésions qu'ils présentent, de récliner en dehors le cul-de-sac pleural et d'attaquer directement le péricarde dont il est alors beaucoup plus aisé d'assurer l'indépendance?

Mais la première des conditions pour pouvoir refouler le cul-de-sac pleural en dehors et aborder directement le péricarde consiste à ne pas laisser la plèvre pariétale attachée au volet qu'on soulève, mais à savoir la détacher, autant que possible sans déchirure. — Or ce décollement est très délicat dans les volets à charnière horizontale ou interne; aussi Rotter conseille-t-il d'inciser de suite jusque et y compris la plèvre, et laisse-t-il de parti pris la face interne du volet revêtue de la séreuse.

En revanche, le volet à charnière externe permet un décollement de la plèvre moins pénible, de ce fait même que lorsqu'on soulève le volet en commençant par son bord interne, on en détache la plèvre au niveau du cul-de-sac antérieur, lequel est entouré de tissu cellulo-graisseux et assez facilement isolable.

Il nous semble donc qu'il y a avantage à pratiquer de parti pris l'isolement des deux séreuses en traitant la plaie pulmonaire qui peut exister et l'épanchement sanguin de la plèvre, soit tout d'abord avant de récliner le cul-de-sac, soit plus tard, alors que la plaie du cœur est suturée et le péricarde fermé.

A propos de l'ordre dans lequel on doit traiter la plaie du poumon par rapport à celle du cœur, nous voyons certains opérateurs en finir avec la lésion pulmonaire avant que d'ouvrir le péricarde. Mais la conduite la plus sage paraît bien être celle tenue dernièrement par Maliszewski (2e observation) et par Fontan : ils saisissent dans des pinces le bord du poumon qui saigne et sans plus tarder vont au péricarde. Plus tard, celui-ci fermé, ils reviendront au poumon : l'un en réséquera le bord, l'autre fermera la plaie avec du catgut, tous deux termineront en faisant la toilette de la plèvre.

C. — Suture de la plaie du cœur.

Chaque opérateur s'est conduit de façon un peu différente pour découvrir la plaie cardiaque, arrêter momentanément le jet de sang, fermer la plaie par des points séparés ou un surjet, avec de la soie ou du catgut.

Parfois, comme dans les cas de Parozani et de Giordano, le péricarde étant débarrassé du sang qu'il contient, on aperçoit la plaie cardiaque cause de l'hémorragie; mais celle-ci peut être assez abondante pour que la séreuse se remplisse à mesure qu'on la vide.

Comment alors découvrir la plaie? Les uns attirent le cœur à travers la brèche thoracique, les autres cherchent à percevoir directement la plaie avec le doigt explorant la face antérieure du cœur.

Maselli, Horodynski ont suivi le premier procédé. « La main gauche, dit celui-ci, ayant été introduite dans le péricarde, le cœur en fut en quelque sorte extrait et sur la face antérieure du ventricule droit, tout près du sillon vertical, on put voir une plaie longue de 1 cent. 1/2 environ, de laquelle jaillissait du sang noir au moment de chaque systole. »

Fontan a employé le second procédé : « Je trouve, dit-il, le péricarde plein de sang, et le doigt explorant le cœur y reconnaît une plaie sur le ventricule gauche à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la pointe. »

Voici donc la plaie découverte : comment arrêter momentanément l'hémorragie? Le doigt qui a découvert la plaie peut la comprimer pendant qu'on vide le péricarde et jusqu'à ce qu'on ait placé un premier point de suture (Parozani, Rehn, Maliszewski).

Horodynski, en présence d'une hémorragie abondante, saisit dans une pince l'extrémité inférieure de la plaie, et la traction déterminée à ce niveau rapproche les lèvres de la plaie et arrête le sang.

Le premier point de suture est, de l'avis de tous, le plus difficile à placer, parce que le cœur fuit, non seulement sous l'influence de ses pulsations, mais encore grâce au déplacement que lui imprime la respiration. Une fois le premier fil en place on pourra exercer une certaine traction donnant au cœur une fixité relative. Celle-ci est d'autant plus précieuse que le cœur est soumis à des mouvements violents dus au pneumothorax qu'a brusquement créé la large brèche faite à la plèvre. « Quand le pneumothorax se produit, dit Fontan, le diaphragme se livre à des mouvements désordonnés qui secouent violemment le cœur de haut en bas. Pendant l'inspiration le cœur devient presque inaccessible, étant refoulé en haut et profondément vers le poumon rétracté. Il faut donc le saisir pendant l'inspiration; de plus c'est en diastole qu'il est plus facile de piquer cet organe si mobile. »

C'est aussi la diastole qu'avait choisie Rehn : le cœur n'étant pas alors en contraction se laisse plus facilement pénétrer par l'aiguille. D'après Bode [1], il faut suturer le ventricule droit pendant la diastole et le ventricule gauche pendant la systole.

Fera-t-on des points séparés ou un surjet? Presque tous les opé-

1. Bode. *Versuche über Herzverletzungen* (*Beiträge zur klin. Chir.*, Berlin, 1897, Bd. XIX, S. 167).

rateurs ont préféré les points séparés; del Vecchio s'est attaché à démontrer que le surjet mortifie les fibres qu'il enserre et qu'il expose à l'hémorragie secondaire. Loison se prononce nettement en faveur des points séparés.

Il semble cependant que pour une pareille suture hémostatique, le surjet soit tout indiqué; il est, d'autre part, plus rapidement fait, et enfin, en ce qui est de l'hémorragie secondaire et de la mortification, ne sont-ce pas là des craintes toutes théoriques?

Marion pratiquait un surjet alors que le cœur cessa de battre. Fontan ne s'est pas contenté d'un simple surjet de trois points, mais par deux points en retour il est venu nouer le chef terminal au chef initial.

Emploiera-t-on le catgut ou la soie? Celle-ci a été généralement préférée; on s'est demandé si elle ne devait pas faciliter les adhérences péricardiques. Le catgut, en revanche, pouvait faire craindre une résorption trop rapide; néanmoins Fontan, qui s'en est servi, n'a pas eu à s'en plaindre.

Chaque opérateur s'est attaché à passer l'aiguille en plein myocarde, mais sans intéresser l'endocarde, craignant que la présence d'un fil à la surface de celui-ci pût déterminer une coagulation.

C'est là une difficulté, alors surtout qu'il s'agit d'une oreillette; aussi Giordano, fermant une plaie de l'oreillette gauche, ne chercha pas à en rapprocher les lèvres par une suture indépendante, mais les prit dans le fil même qui fermait la plaie du péricarde.

L'adhérence du feuillet péricardique au niveau de la plaie était donc en ce cas recherchée de parti pris.

On a bien moins de crainte à avoir s'il s'agit d'un ventricule; d'autant que l'épaisseur de la paroi cardiaque est plus considérable qu'on n'a tendance à le supposer, et nous ne croyons pas que dans aucune des autopsies faites après suture d'une plaie du cœur on ait eu l'occasion de constater qu'un des points ait été perforant.

D. — Drainage.

Drainera-t-on le péricarde? Drainera-t-on la plèvre? A quel niveau chacun d'eux? Et avec quoi?

Voyons d'abord ce qui a été fait. Autant que nous permettent d'en juger les observations dont quelques-unes sont très incomplètes, voici comment se répartissent 11 cas où la suture du cœur ayant été terminée, la question du drainage a dû se poser :

Drainage du péricarde et de la plèvre, 3 cas.

Drainage de la plèvre et fermeture du péricarde, 5 cas.

Fermeture complète du péricarde et de la plèvre, 3 cas.

Les 3 cas de guérison correspondent à 3 sutures complètes du péricarde; quant à la plèvre, dans ces trois cas, elle était drainée deux fois et fermée, ainsi que le péricarde, dans le troisième cas.

Pour drainer le péricarde Giordano s'est servi d'un drain de caoutchouc; tous les autres ont employé de la gaze.

Quant à la disposition des orifices par lesquels doit s'effectuer le drainage de la plèvre et du péricarde, nous voyons que les opérateurs ont appliqué des procédés qui peuvent se ramener aux trois types suivants :

1° Le péricarde reste ouvert dans la plèvre gauche au niveau du cul-de-sac antérieur et le drain qui vient du péricarde traverse la plèvre.

2° On suture l'orifice du péricarde au feuillet *pariétal* du cul-de-sac pleural gauche. Le péricarde s'ouvre au dehors à travers la plèvre, mais sans communiquer avec elle. Quant à la plèvre, elle est drainée un peu plus bas.

3° Le péricarde est drainé au-dessous du cul-de-sac pleural récliné à gauche et en haut. Péricarde et plèvre s'ouvrent en dehors indépendamment l'un de l'autre.

Le drainage de la plèvre et du péricarde est non seulement considéré par certains chirurgiens comme pouvant être indiqué par les circonstances, mais constituerait d'après eux la règle générale. « Il est toujours prudent, dit Lejars, après ces interventions complexes, de ne pas complètement fermer le péricarde, d'y laisser un drainage, et d'en laisser un autre dans la plèvre, s'il existait, comme le fait est presque constant, un hémothorax qu'il eût fallu vider. » On aura soin, dit Loison, parlant de la plaie péricardique, « de ne pas la fermer complètement et de placer à son angle inférieur une mèche de gaze iodoformée : on aura ainsi un orifice de décharge en cas de renouvellement de l'hémorragie ou production d'un exsudat séreux si une péricardite exsudative survient. »

Si nous n'insistons pas sur les inconvénients de la gaze comme procédé de drainage et si nous ne discutons pas les raisons qui font que des trois procédés indiqués plus haut le dernier est encore le moins dangereux, c'est que, malgré l'opinion générale, le drainage du péricarde à la suite d'une suture cardiaque nous paraît devoir être abandonné dans l'avenir.

Quels avantages, en effet, peut-on en retirer? Ceux d' « un orifice

1. Lejars. *Traité de chir. d'urgence*, 2e édit., Paris, 1900, p. 207.

de décharge en cas de renouvellement de l'hémorragie »? Mais, si la plaie du cœur a été découverte et fermée, pourquoi supposer une hémorragie secondaire? Le fait ne s'est pas encore produit à notre connaissance et les autopsies elles-mêmes ont permis de constater que les plaies suturées étaient restées étanches.

En ce qui est de l'infection, le drainage n'en peut qu'augmenter les chances, alors même qu'on est parvenu à isoler les orifices par lesquels sont drainés le péricarde et la plèvre. Écoutons ce que dit Maliszewsky à propos de son premier opéré : « Le péricarde ne contient aucun liquide, mais à chaque inspiration l'air y entre en sifflant ». Or l'air qui entre ainsi dans le péricarde traverse un pansement baigné par un épanchemant pleural qui peut être ou devenir contaminé. Au reste, le liquide pleural a pu entrer directement dans le péricarde. Dans la même observation de Maliszewsky nous voyons qu'il s'échappe de la plèvre « une grande quantité de liquide séro-sanguin (trois verres environ); le malade fut couché sur le côté gauche afin d'éviter dans la mesure du possible que le liquide pleural ne s'écoulât dans le péricarde ».

Inutile d'insister sur les dangers qu'une pareille disposition fait courir au blessé : d'une part, il sort de la plèvre un liquide qui n'a que trop de chances d'être septique, d'autre part, le péricarde ouvert en dehors, fait appel à chaque inspiration du malade. Il semble, du reste, qu'il existe dans les récentes interventions une tendance à fermer le péricarde; en revanche, dans la plupart des cas, on continue à drainer la plèvre; dans trois cas seulement l'opérateur a tout fermé, péricarde et plèvre; on sait le beau succès qu'a ainsi obtenu Fontan.

N'est-ce pas là la conduite à tenir chaque fois qu'on le peut? Certes, si l'hémostase n'a pas été complète et que le poumon continue à saigner, on peut drainer la plèvre et chercher même à réaliser avec une mèche de gaze une certaine compression au niveau de la plaie pulmonaire; mais ce sont des cas qui deviendront plus rares à mesure qu'une large fenêtre thoracique permettra de mieux pratiquer l'hémostase pulmonaire. Quant à l'infection, c'était elle qui tout d'abord était prétexte au drainage; on intervenait tardivement, on avait lieu de craindre que l'épanchement de la plèvre et celui même du péricarde soient infectés déjà; on n'osait pas fermer à nouveau ces séreuses. — Mais dans l'avenir la tendance à opérer de suite ira s'accentuant et de ce fait les indications du drainage iront en diminuant.

En résumé :

1° Le volet thoracique à charnière externe nous paraît le plus avantageux dans la plupart des cas;

2° Il semble préférable, quand cela est possible, de ne pas aborder le péricarde à travers la plèvre, mais de refouler auparavant celle-ci en dehors ;

3° Pour fermer la plaie du cœur, le surjet paraît préférable aux points séparés.

4° Il serait avantageux de ne drainer ni la plèvre, ni surtout le péricarde; les deux séreuses seront donc fermées complètement, chaque fois qu'il sera possible de le faire.

DE LA

GASTRODUODÉNOSTOMIE SOUS-PYLORIQUE

Par Eugène VILLARD

Chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Depuis l'époque ou les sténoses pyloriques sont entrées dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale, les interventions dirigées contre elles se sont considérablement multipliées; on peut pourtant les ramener à trois types principaux : la pylorectomie, la pyloroplastie, la gastro-entéro-anastomose simple ou multiple; chacune de ces opérations présentant des avantages et des inconvénients. La pylorectomie enlève l'obstacle par une large résection; elle ne nous occupera pas : il s'agit là en effet, d'une opération qui s'adresse à peu près uniquement aux rétrécissements cancéreux, et qui a pour but bien plus d'exciser des tissus néoplasiques, avec l'idée d'une tentative de cure radicale, que de parer aux accidents de sténose. La pyloroplastie, au contraire, opération idéale, rétablit par une véritable autoplastie la lumière du canal pylorique rétréci, et restitue au maximum la constitution anatomique et le fonctionnement normal physiologique de l'orifice duodénal de l'estomac; malheureusement cette opération est inutilisable dans les cancers et souvent dans certaines conditions anatomo-pathologiques que nous préciserons plus loin. C'est ainsi, par exemple, que des adhérences étendues et de larges surfaces cicatricielles rendent son manuel opératoire difficile et même dangereux dans les vieux ulcères pyloriques. Cette intervention réclame en effet, pour être facile à pratiquer et pour être parfaite au point de vue de la dilatation de la sténose, des tissus souples, élastiques que l'on ne rencontre guère au niveau ou au pourtour des lésions cicatricielles.

Les gastro-entéro-anastomoses sont, elles, applicables indifféremment aux diverses variétés de sténoses, et d'autre part sont pratiquées en tissu sain, où les sutures peuvent être minutieusement faites, mais sont justiciables de reproches multiples. En effet, les gastro-entérostomies simples, telles que la variété antérieure de

Woelfler, ou postérieure de von Hacker, ne rétablissent pas la digestion physiologique; quelque mode de suture ou de plicature que l'on ait utilisé au niveau de l'anastomose, constamment un reflux biliaire aura lieu dans l'estomac et, fait plus grave, de temps en temps, sans que le mécanisme en soit absolument bien connu, les redoutables accidents du circus viciosus pourront se produire. Ces accidents, il est vrai, seront évités par les anastomoses multiples, telles que celles imaginées par Jaboulay et surtout par Roux dans son procédé en Y, mais il faut faire alors une opération deux fois plus longue, pratiquer deux anastomoses consécutives, et faire courir de ce fait un danger double au malade.

La pratique de ces différentes opérations nous a conduit à songer que l'on pourrait peut-être trouver entre la pyloroplastie et les gastro-entéro-anastomoses un procédé intermédiaire, utilisant les avantages de la première sans avoir les inconvénients des secondes, et nous avons pensé qu'une telle intervention serait réalisée par une anastomose établie entre la deuxième portion du duodénum et l'extrémité droite de la grande courbure de l'estomac, c'est-à-dire établie entre deux points anatomiquement face à face, immédiatement au-dessous du pylore; aussi avons-nous donné à cette intervention le nom de *gastro-duodénostomie sous-pylorique*.

Déjà en 1892, Jaboulay concevait la possibilité d'une anastomose gastro-duodénale, et exposait ses vues théoriques dans les *Archives provinciales de Chirurgie*[1]. Il se proposait d'unir la face antérieure de l'estomac à la portion antérieure de la deuxième partie du duodénum, mettant à profit la dilatation considérable de l'estomac que l'on observe dans les sténoses pyloriques, et par suite la mobilité de la paroi antérieure. Dans l'opération théorique de M. Jaboulay, un aide placé à gauche de l'opéré faisait un pli vertical sur la face antérieure de l'estomac, et par un mouvement de rotation et de traction imprimé au viscère, celui-ci allait à la rencontre du duodénum. Ces idées théoriques, jugées inconcevables et irréalisables par M. Doyen, étaient pourtant mises en pratique par M. Jaboulay en 1894. Dans une intervention à laquelle nous assistions, la gastro-duodénostomie par plicature de la face antérieure de l'estomac fut pratiquée sur une vieille femme, au moyen d'un de nos boutons anastomotiques. Cette observation est, je crois la seule de cette nature. La gastro-duodénostomie était donc possible, mais le manuel opératoire suivi par M. Jaboulay offrait un certain nombre d'inconvénients; tout d'abord le plissement nécessaire de la face antérieure de l'estomac,

1. *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1892, p. 551.

et les mauvaises conditions créées au cours du chyme par cette nouvelle disposition anatomique. D'autre part, la difficulté de réaliser le reploiement, en raison de la rétraction des parois gastriques, rétraction qui se produit lorsque l'estomac est vidé soigneusement de son contenu. On est frappé, en effet, lorsque des lavages évacuateurs ont été minutieusement faits, de trouver au moment de l'intervention les parois gastriques très épaissies, et l'estomac à peu près complètement revenu sur lui-même. Bien souvent, au cours de nos opérations le plissement nous aurait été impossible, ou tout au moins il nous a semblé tel. On comprend enfin, la plicature serait-elle même réalisable, les dangers que peuvent faire courir à une ligne de suture des tiraillements même légers. Ce sont ces inconvénients qui nous ont frappé dans l'opération pratiquée par Jaboulay; aussi avons-nous pensé que l'anastomose faite entre le bord gauche de la deuxième portion du duodénum, immédiatement en avant de la tête du pancréas, et la naissance de la grande courbure de l'estomac, au ras de l'insertion épiploïque, serait supérieure, tant au point de vue de la facilité du manuel opératoire, que du fonctionnement quasi physiologique ultérieur de la bouche ainsi créée. Comme nous l'avons dit plus haut, le terme de gastro-duodénostomie sous-pylorique nous a paru convenir à cette intervention, en raison du nouvel abouchement duodénal de l'estomac immédiatement au-dessous du pylore oblitéré.

J'ai eu l'occasion de pratiquer trois fois cette opération, et mon premier cas remonte au 20 avril 1897; il avait trait à une sténose cicatricielle; ma seconde observation est du 26 août 1899 et ma dernière du 16 janvier 1900[1]. Je rapporterai d'abord l'histoire successive de ces différents malades, me réservant d'exposer ensuite en détail le manuel opératoire suivi et d'apprécier les avantages et les inconvénients de cette opération.

Observation I. — *Ancien ulcère de l'estomac; sténose cicatricielle; gastro-duodénostomie sous-pylorique.* — M. X..., matelassier, âgé de soixante-trois ans, est envoyé à la salle Saint-Louis, venant du service de M. le Professeur Lépine, où il était entré pour des accidents de sténose du pylore. Ce malade, depuis l'âge de trente ans, présentait des troubles gastriques caractérisés par des vomissements survenant par périodes, sans jamais pourtant que ceux-ci se soient accompagnés de melæna ou d'hématémèses. Depuis huit mois une aggravation des symptômes s'est produite, avec dégoût des aliments, ballonnement du ventre après les repas, amaigrisse-

1. Depuis cette époque nous avons pratiqué avec succès deux nouvelles gastro-duodénostomies sous-pyloriques, dont les résultats sont encore trop récents pour être publiés ici.

ment rapide. Les vomissements, de plus en plus fréquents, atteignaient quelquefois le nombre de quinze dans une seule journée. Selles très rares.

A l'entrée du malade dans le service de M. le Professeur Lépine, l'amaigrissement était considérable, la face était terreuse, et l'estomac, très dilaté, avec un clapotage des plus faciles à obtenir, offrait des contractions péristaltiques très nettes. L'examen du chimisme stomacal montra qu'il s'agissait très probablement d'un ulcère ancien; l'acide chlorhydrique libre donnait en effet une réaction manifeste. On jugea à ce moment une intervention chirurgicale nécessaire, malgré l'état général mauvais du malade. Celui-ci était en effet déprimé et excessivement faible; la voix était éteinte, les urines très rares et depuis trente-six heures les forces avaient baissé rapidement. On fit alors passer le malade dans le service du docteur Villard, suppléant de M. le docteur Vallas pendant une absence.

Opération, 20 avril 1897. — M. Villard pratique l'opération suivante : Après lavage préalable de l'estomac minutieusement fait, l'anesthésie à l'éther est menée très peu profondément, en raison de l'état général inquiétant. Laparotomie médiane sus-ombilicale; on trouve aussitôt des signes évidents d'ancien ulcère de la région pylorique. Il existe en ce point un tissu de cicatrice formant une large plaque englobant tout le pylore. De nombreuses adhérences péritonéales périphériques immobilisent et indurent la région. L'estomac, quoique revenu sur lui-même à la suite des lavages, présente pourtant encore une notable distension.

M. Villard se décide, en présence de la difficulté de pratiquer une pyloroplastie au milieu des tissus cicatriciels, à créer une anastomose de la grande courbure de l'estomac et de la deuxième portion du duodénum, immédiatement au-dessous du pylore. Deux points de suture rapprochent l'estomac et le duodénum et un premier surjet séro-séreux fixe les deux organes sur une longueur de 4 centimètres et demi environ. Une ouverture est alors pratiquée sur l'estomac et sur le duodénum et deux plans de sutures en surjet muco-muqueux et séro-séreux constituent définitivement l'anastomose.

Dans le but de rendre béante cette ouverture et d'assurer un passage facile aux liquides que l'on désire faire ingérer presque de suite au malade, vu la gravité de son état, un gros tube de caoutchouc est laissé dans l'anastomose, ses deux extrémités aboutissant à la cavité gastrique d'une part, et à la lumière duodénale de l'autre. La paroi abdominale est rapidement fermée. L'intervention a duré environ trente minutes.

Le soir le malade est très faible ; on essaye de l'alimenter avec des liquides donnés par petites quantités, et au moyen de lavements nutritifs.

21 avril. — La situation est toujours très grave, la faiblesse a encore augmenté, les urines restent très rares; pas d'élévation de la température.

22 avril. — Le malade succombe dans la soirée, sans aucun phénomène fébrile, sans aucun signe de réaction péritonéale.

Autopsie. — État parfait de la gastroduodénostomie, les sutures ont parfaitement tenu, l'anastomose était étanche et le tube de caoutchouc encore en place. Aucun signe de péritonite. La mort est certainement due

à l'état d'inanition et d'insuffisance rénale dans lequel était le malade au moment de l'intervention. L'examen de la face interne de l'estomac montre la présence d'un double ulcère ancien de la région pylorique et de la petite courbure.

Si le résultat brutal de cette première opération ne nous avait pas permis d'obtenir un succès, nous avions pu pourtant nous assurer de la facile réalisation de la gastroduodénostomie sous-pylorique et nous pouvions espérer dans l'avenir que dans des conditions moins mauvaises, chez des sujets moins inanitiés, nous pourrions obtenir une guérison durable; les circonstances nous ont empêché de pratiquer cette opération de nouveau avant le mois d'août 1899, époque ou nous avons pu la réaliser avec un plein succès, sur une malade provenant du service de notre ami le docteur Lyonnet.

Obs. II. — *Sténose néoplasique du pylore; gastroduodénostomie sous-pylorique.* — Mme F..., Marie, âgée de trente et un ans, demeurant à Marseille, entre le 18 juillet 1899 à l'hospice de la Charité de Lyon, pour des troubles gastriques. Elle est envoyée par le docteur Lyonnet, médecin des hôpitaux de Lyon. Pas d'antécédents héréditaires. Les antécédents personnels sont à peu près nuls, on retrouve seulement dans la région cervicale quelques cicatrices laissées par des adénites suppurées de l'adolescence.

Mariée il y a sept ans, cette malade a eu deux enfants actuellement en bonne santé. Sa dernière couche remonte à trois années. C'est depuis cette époque que les accidents actuels auraient débuté. Depuis deux ans surtout la malade se plaint d'être ballonnée après les repas; la digestion lente, s'accompagne de sensations de plénitude et d'éructations désagréables. Plus tard des vomissements ont apparu de temps à autre et sont devenus de plus en plus fréquents; vomissements alimentaires survenant plusieurs heures après les repas. Jamais d'hématémèses ni de melæna. A aucun moment l'affection ne s'est accompagnée de phénomènes douloureux. Au début des accidents une diarrhée abondante s'était établie; elle a fait place à l'heure actuelle à une constipation très opiniâtre. Dans ces derniers temps un amaigrissement très rapide s'est manifesté, avec perte des forces.

A l'entrée de la malade on est frappé de sa maigreur, son poids est de 35 kilogrammes seulement, les traits sont tirés, la face est pâle. Lorsqu'on l'interroge, elle raconte qu'elle a perdu l'appétit et que même elle évite de manger pour ne pas être exposée aux pesanteurs et aux vomissements qui suivent l'ingestion des aliments. Les vomissements sont en effet à peu près journaliers; ils sont très abondants lorsqu'ils se produisent, sont constitués par des aliments, et souvent par des aliments ingérés plusieurs jours auparavant; ils s'accompagnent de sensations d'amertume, mais pas de sensation de brûlure à la gorge. La malade accuse des céphalalgies, une déperdition considérable des forces, et, fait intéressant, ses règles, qui ordi-

nairement ne manquaient jamais, sont suspendues depuis neuf mois, sans qu'il y ait aucun symptôme de grossesse.

L'examen de la malade montre immédiatement un abdomen volumineux et l'on reconnaît que cette distension est due uniquement au volume considérable de l'estomac, qui, très dilaté, occupe à peu près tout le ventre et descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus des pubis. Le clapotage est très facilement obtenu par les moyens ordinaires. L'examen de la paroi abdominale permet d'apercevoir des contractions péristaltiques très énergiques, les ondes se succèdent rapidement en dessinant admirablement la forme de l'estomac. La palpation ne permet pas de sentir de tumeurs dans la région pylorique; elle ne révèle aucune douleur élective. L'examen du foie ne montre pas d'augmentation de volume de l'organe. Rien non plus du côté de la vésicule biliaire; jamais d'accidents lithiasiques, jamais d'ictère. Rien aux poumons, ni au cœur; rien du côté de l'utérus ou des annexes; pas d'albumine dans les urines. L'examen du chimisme montre une petite quantité d'HCl libre, et une diminution de l'acidité totale. Devant les signes indubitables de la sténose pylorique, une intervention chirurgicale est pratiquée par M. Villard, le 26 juillet 1899.

Opération, 26 juillet 1899. — Lavages évacuateurs de l'estomac la veille et immédiatement avant l'opération; lavages faits à l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide retiré soit clair. Désinfection ordinaire de la paroi abdominale. Anesthésie à l'éther.

Incision sus-ombilicale de 20 centimètres. Après ouverture de l'abdomen, on reconnaît la présence, au niveau du pylore, d'une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur, de forme arrondie, fait saillie sous la muqueuse et ne se trahit à l'extérieur que par un soulèvement des tuniques intestinales; il n'y a aucune infiltration néoplasique de celles-ci. Le pylore est mobile, sans adhérences avec les organes voisins; seuls quelques ganglions rétropyloriques et d'autres situés dans l'épiploon gastro-hépatique vers le hile du foie font rejeter l'idée d'une pylorectomie. La gastroduodénostomie est donc décidée.

De façon à mieux découvrir la région, le grand épiploon est dilacéré avec les doigts au voisinage de l'extrémité droite de la grande courbure, et au travers de l'ouverture ainsi créée on a nettement sous les yeux la face antérieure du duodénum et l'insertion antérieure de la tête du pancréas, et d'autre part, le bord postérieur de la grande courbure de l'estomac. Les deux organes sont rapprochés et juxtaposés l'un à l'autre par deux points de suture à la soie, distants de 6 centimètres environ l'un de l'autre. Les deux fils laissés longs servent de tracteurs. L'anastomose des deux organes est dès lors rapidement pratiquée au moyen d'un surjet séro-séreux et musculo-muqueux, surjet arrêté tous les trois points. L'anastomose est établie suivant un manuel opératoire à peu près analogue à celui décrit par MM. Terrier et Hartmann pour les gastro-entérostomies. Après vérification des sutures, l'assèchement parfait de la région avec des compresses, le placement d'un peu de poudre d'iodoforme sur le siège de l'intervention, les viscères sont réintégrés dans l'abdomen et la paroi abdo-

minale est refermée par une suture à deux étages. L'opération a duré vingt-cinq minutes et ne s'est accompagnée d'aucun accident.

28 juillet. Les suites immédiates ont été parfaites, la température rectale ne s'est pas élevée au-dessus de 38°. La malade n'a présenté aucun choc opératoire. Dès le lendemain de l'intervention elle accusait une disparition complète de la sensation de pesanteur gastrique ainsi que des éructations ou des nausées. La sensation de faim s'est manifestée et l'alimentation est commencée avec des liquides.

2 août. — L'état général est excellent; le pansement vient d'être renouvelé, les fils à suture ont été enlevés, aucune réaction inflammatoire de la plaie; la malade demande à manger; disparition absolue de tous les phénomènes gastriques antérieurs; les solides sont digérés sans incident. La malade a été pesée, elle a engraissé de 2 kilogrammes.

20 août. — La malade quitte aujourd'hui l'hôpital dans un état parfait; elle a engraissé de 6 kilogrammes et s'alimente comme tout le monde. L'examen de l'estomac montre que l'organe est revenu complètement sur lui-même; plus de clapotage, plus de contractions péristaltiques. L'examen du contenu gastrique permet de constater que l'évacuation de l'estomac se fait complètement sans résidu; le chimisme indique qu'il n'y a pas de modification du côté de l'acidité. Pas trace de bile dans le liquide retiré.

Décembre 1899. — La malade a envoyé de ses nouvelles; elle est enchantée, a repris toutes ses fonctions, et se porte mieux que jamais Aucun trouble gastrique; elle a engraissé de 22 kilogrammes en cinq mois; fait intéressant, ses règles, qui avaient disparu depuis quinze mois, ont reparu il y a deux mois et se montrent abondantes et régulières.

14 février 1900. — La malade, de passage à Lyon, est présentée à la Société de Chirurgie; nous la retrouvons avec un état de santé florissant; la mine est pleine, le teint coloré, l'aspect souriant. Pesée il y a quinze jours, elle accusait une augmentation de poids de 23 kilogrammes 500; à la suite de quelques accidents grippaux elle aurait perdu quelques centaines de grammes dans ces derniers jours. L'examen de l'estomac a été fait par le Dr Lyonnet; il a montré la disparition de la dilatation de l'organe, l'absence de tous signes de récidive de la sténose, pas de contractions péristaltiques. La palpation du ventre ne permet pas de sentir de tumeur quelconque.

En présence de tous ces symptômes négatifs, et devant l'état général si excellent de l'opérée nous nous demandons même si nous ne nous sommes pas trouvés au cours de l'intervention en présence d'une pseudo-tumeur inflammatoire, tuberculeuse peut-être (ceci étant mieux en rapport avec la présence des ganglions périphériques).

Cette observation est intéressante, car la malade qui en est l'objet a présenté un rétablissement parfait des fonctions digestives et une amélioration très rapide et considérable de l'état général. Chez elle il faut noter l'évacuation parfaite de l'estomac et l'intégrité du chimisme normal des sécrétions gastriques après l'intervention.

Obs. III. — *Sténose cancéreuse du pylore*; *gastroduodénostomie*; *tuberculose pulmonaire*. — La nommée R..., Françoise, âgée de quarante-cinq ans domestique, entre le 23 novembre 1899 à la salle Sainte-Blandine, pour des troubles digestifs. Père et mère morts âgés; le père aurait succombé à soixante-sept ans, à la suite d'un cancer de l'estomac.

Une sœur serait également morte d'un néoplasme. La malade a à peu près toujours joui d'une bonne santé; réglée à treize ans, elle a eu un enfant à dix-sept ans. A trente-deux ans, c'est-à-dire il y a treize ans, elle aurait été soignée à la Charité dans le service de M. le Professeur Laroyenne pour une hématocèle suivie de pelvipéritonite. Depuis l'an passé les règles ont à peu près complètement disparu. Pas d'alcoolisme.

Depuis une dizaine d'années sont apparus des troubles gastriques peu marqués: inappétence, lourdeurs après les digestions, constipation opiniâtre. Ces troubles qui étaient soumis à des améliorations et à des aggravations, mais ne s'étaient jamais accompagnés de phénomènes graves, ni d'hématémèse ou de melæna, ont subi depuis quelques mois une augmentation très accentuée. En effet, depuis deux mois sont survenus des vomissements qui tendent à devenir journaliers; ces accidents ont décidé cette femme à entrer à l'hôpital.

A son entrée on constate : vomissements environ deux fois par jour, alimentaires, survenant environ deux ou quatre heures après chaque repas. Ces vomissements n'ont pas de saveur acide et sont précédé d'éructations gazeuses. Jamais de sang, jamais de melæna. L'appétit est très diminué, dégoût marqué pour la viande. Lorsque la malade ne vomit pas, l'ingestion des aliments s'accompagne d'une sensation de lourdeur et de pesanteur au niveau de l'estomac, légères douleurs au creux épigastrique, mais pas de douleur en broche. La malade est nerveuse, elle pleure et s'emporte facilement. Réflexes cornéen et pharyngien presque complètement abolis; battements des paupières. A l'examen physique de l'estomac on constate que celui-ci est très abaissé et très dilaté; il occupe l'hypochondre gauche, la fosse iliaque du même côté, descend jusqu'au pubis et atteint également la fosse iliaque droite. Le clapotage est obtenu des plus facilement par la palpation, la succussion, et les mouvements de la malade. La palpation permet de sentir dans la région du pylore une masse indurée; au cours de cette recherche on peut constater des mouvements péristaltiques de l'estomac très nets. Pas de douleurs vives par la palpation; pas d'augmentation de la matité hépatique, rien au cœur, ni au poumon. Amaigrissement considérable; le poids est de 39 kilogrammes; la peau est sèche et donne par pression le pli cachectique. La langue est saburrale et la malade accuse une soif constante. Les urines contiennent un léger disque d'albumine.

13 janvier. — La malade a été soumise à des lavages de l'estomac qui l'ont momentanément améliorée; l'évacuation de la cavité gastrique a permis de percevoir nettement une tumeur sus-ombilicale du volume d'une noix. Le chimisme pratiqué a démontré l'absence d'HCl libre et une acidité totale de 0 gr. 32 par litre.

15 janvier. — Devant l'aggravation de l'état général, la perte des forces

et l'amaigrissement qui augmentent (la malade a encore perdu 1 kilogramme et ne pèse plus que 38 kilogram.), une intervention chirurgicale est décidée; elle est pratiquée par M. Villard le 15 janvier 1900.

Opération. — Des lavages de l'estomac sont faits la veille et le matin de l'intervention. Une heure et demie s'est pourtant écoulée entre le dernier lavage et l'opération; ce fait a permis à l'estomac de laisser s'accumuler une notable quantité de sécrétions qui ont été gênantes au cours de l'opération. Les précautions de désinfection ordinaires étant prises, anesthésie à l'éther. Incision médiane de la paroi abdominale de 20 centimètres, dépassant en bas l'ombilic de quelques centimètres; on reconnaît sur le pylore, attiré dans l'incision, la présence d'une tumeur de la petite courbure ayant envahi la partie supérieure de l'orifice duodénal de l'estomac et filant vers l'épiploon gastro-hépatique sans tendance à l'envahissement en bas des tuniques gastriques. M. Villard décide de pratiquer une gastroduodénostomie sous-pylorique.

L'extrémité droite de la grande courbure de l'estomac étant reconnue ainsi que la deuxième portion du duodénum, le grand épiploon est dilacéré à ce niveau et deux points de suture unissent au travers de l'orifice la face postérieure de la grande courbure au duodénum. Les deux organes sont suturés l'un à l'autre et anastomosés suivant le manuel opératoire déjà décrit. Au cours des manœuvres les liquides gastriques dus à une sécrétion exagérée de la muqueuse, ont présenté une tendance ennuyeuse à faire issue au dehors; le doigt d'un aide refoulant au travers de l'incision gastrique la paroi opposée de l'estomac, a paru être le meilleur moyen de contention des liquides. Les surfaces anastomosées sont ensuite réduites après avoir été saupoudrées d'une légère couche d'iodoforme; la paroi abdominale est suturée à deux plans.

20 janvier. Les suites immédiates sont parfaites, la température n'a pas atteint 38°; la sensation de plénitude gastrique a disparu ainsi que les vomissements. La malade a bu dès le soir de l'opération, et elle s'alimente actuellement avec des aliments solides. La sensation de faim commence à se manifester.

28 janvier. La malade peut être considérée comme guérie; les points de suture de la paroi abdominale ont été enlevés. L'alimentation est maintenant à peu près normale, la malade mange avec goût ce qu'on lui donne. L'estomac est revenu sur lui même et les mouvements péristaltiques ont complètement disparu. Augmentation de poids de 2 kilogrammes.

27 février. — La malade repasse dans le service de M. Lyonnet.

Elle vient d'avoir la grippe, ce qui l'a abattue et a empêché ces derniers jours une augmentation de poids. Elle a présenté en outre de la diarrhée, et celle-ci n'a cédé que sous l'influence du bismuth et du tannin.

5 mai. — Actuellement bon état; la malade pèse 42 kilogrammes; elle a donc repris 4 kilogrammes. Les digestions se font normalement; elle n'a jamais eu de vomissements depuis l'opération.

31 mai. — État général assez bon. Teint plus coloré, joues plus pleines, l'augmentation de poids a encore été de 1 kilog. Cette faible augmentation

de l'embonpoint, peu en rapport avec le fonctionnement parfait de l'anastomose, s'explique par le développement de lésions tuberculeuses au sommet droit du poumon. Depuis un mois, en effet, la fièvre s'élève fréquemment le soir à 39° et l'auscultation permet d'entendre nettement des craquements humides au sommet droit en avant et en arrière. L'examen du contenu stomacal a montré qu'il n'y a pas de résidu dans l'intervalle des digestions; et à l'analyse du suc gastrique il n'y a pas de modifications dans l'acidité autres que celles observées avant l'intervention; on peut noter, en outre, l'absence totale des éléments de la bile.

Dans cette dernière observation, la disparition des accidents de la sténose pylorique a été aussi complète que dans notre Observation II. Les vomissements ont brusquement disparu aussitôt l'anastomose établie, l'appétit est revenu, et la malade a récupéré en partie ses forces. Pourtant l'augmentation de poids a été beaucoup moins marquée, puisqu'elle n'a atteint que 5 kilogrammes. Il faut attribuer ce fait en partie à l'intoxication cancéreuse venue du néoplasme déjà volumineux, mais surtout aussi à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire rapide. Il est même intéressant, à ce point de vue, de voir que malgré l'étendue des lésions du poumon, le fonctionnement gastrique a été suffisamment rétabli pour permettre à la malade une bonne nutrition et lui donner une augmentation notable de poids.

Aux observations précédentes nous devons ajouter un cas rapporté par Henle en 1898 [1], dans lequel, pour une sténose du pylore par coudure, Mikulicz pratiqua une anastomose du duodénum et de l'estomac. Il s'agissait d'un ancien ulcère ayant établi des adhérences vicieuses de l'estomac et de la vésicule biliaire. L'intervention fut suivie de succès.

L'exposé de nos observations étant ainsi fait, nous pouvons revenir maintenant sur le manuel opératoire que nous avons suivi et en exposer méthodiquement les détails.

Manuel opératoire de la gastroduodénostomie sous-pylorique.

Précautions préliminaires. — Une des précautions préliminaires qui nous paraît des plus importantes, et sur laquelle nous croyons devoir insister, consiste dans la nécessité d'évacuer minutieusement par des lavages les liquides stomacaux. Contrairement, en effet, à l'opinion de Beatson, Trendelenburg, Reclus, Roux, qui jugent

1. *Centralblatt für Chirurg.*, 1898.

inutile dans les interventions sur l'estomac dirigées contre les sténoses du pylore, les grands lavages gastriques, nous croyons d'une manière générale ceux-ci de la plus grande utilité, et dans nos gastro-entéro-anastomoses nous y avons toujours recours, sauf lors de certaines contre-indications spéciales, tirées d'une grande faiblesse de l'opéré. Plus que toute autre opération la gastroduodénostomie réclame ces lavages; ici, en effet, la région sur laquelle on opère est plus profondément située que lorsqu'il s'agit de gastro-entérostomies portant sur le jéjunum, que l'on peut attirer facilement au dehors. Intervenir sur un estomac distendu par des liquides serait s'exposer à l'issue de ceux-ci et aux accidents consécutifs d'infection péritonéale. En conséquence, nous avons l'habitude de faire, la veille de l'opération, un lavage soigneux de la cavité gastrique; un autre semblable est fait le lendemain immédiatement avant l'intervention; il ne faut pas laisser, en effet, un trop grand intervalle entre celle-ci et le moment où le dernier lavage a été pratiqué, car souvent la muqueuse gastrique sécrète d'une façon exagérée des liquides qui pourraient gêner notablement pendant l'opération. C'est ainsi que dans notre Observation III notamment, plusieurs heures s'étant écoulées après la dernière évacuation, nous avons eu quelque gêne tirée de l'issue au dehors des liquides gastriques, sans qu'aucun inconvénient en soit du reste résulté.

Ces lavages seront faits simplement avec de l'eau bouillie et continués jusqu'au moment où le liquide ressort à peu près complètement clair. Grâce à cette précaution, dans toutes nos interventions sur l'estomac, nous nous sommes trouvé en présence d'un organe bien vidé et d'une muqueuse rosée, propre, de coloration normale.

Nous n'insisterons pas sur les soins de désinfection de la paroi abdominale, qui consisteront comme dans toutes les laparotomies, en bains préalables et en lavages au savon, à l'éther et au sublimé.

Ces précautions étant prises, l'anesthésie générale est faite, et, fidèle aux traditions lyonnaises, celle-ci a lieu au moyen de l'éther; nous n'avons jamais eu d'accidents en employant cet agent, qui nous paraît, d'autre part, d'autant plus indiqué dans les laparotomies, que l'on intervient sur des organes qui peuvent être le point de départ de réflexes syncopaux graves. L'anesthésie doit être poussée très profondément, sauf chez les individus trop affaiblis; ce sera là le seul moyen de se mettre efficacement à l'abri des secousses de vomissements et des efforts diaphragmatiques qui pourraient pousser au dehors les anses intestinales. La résolution musculaire étant bien obtenue, l'opération proprement dite commence.

1er temps. Incision de la paroi et recherche de l'estomac. — L'in-

cision de la paroi abdominale est faite sur la ligne médiane, dans la région sus-ombilicale comme dans les gastro-entérostomies ordinaires. Cette incision est commencée à environ 12 centimètres au-dessus de l'ombilic et continuée jusqu'à celui-ci. En raison de la mobilité du pylore, et de son abaissement assez fréquent dans les ectasies gastriques, il est quelquefois nécessaire de prolonger plus bas la ligne d'incision ; il suffit alors de la continuer en coupant avec des ciseaux la paroi soulevée avec les doigts et en ayant soin de contourner l'ombilic sur son côté gauche pour éviter la veine ombilicale. Des pinces hémostatiques font l'hémostase des petits vaisseaux qui donnent du sang et d'autre part, fixent le péritoine pariétal en l'attirant au dehors.

2e temps. Recherche du duodénum et de la grande courbure de l'estomac. Placement des deux premiers points de juxtaposition. — La paroi abdominale étant alors largement ouverte, la recherche est facile; le plus souvent le viscère se montre immédiatement; il faut alors rechercher de suite sa grande courbure, remonter vers le pylore en se dirigeant vers la droite et reconnaître cet orifice en même temps que les particularités anatomiques de la sténose. On suit dès lors le duodénum et on atteint sa portion descendante; à ce moment il faut être bien aidé, car l'intestin devient en ce point plus profondément situé et beaucoup moins mobile; avec un peu d'habitude pourtant, l'organe est très rapidement reconnu. En effet, l'amaigrissement présenté par les malades atteints de sténoses du pylore facilite considérablement les manœuvres, la paroi abdominale affaissée étant pour ainsi dire collée aux corps vertébraux, qui donnent l'apparence d'une forte saillie en avant. Enfin, l'élasticité et la souplesse de la paroi chez les femmes, ét surtout chez celles qui ont eu des enfants, simplifie encore beaucoup les choses, alors que chez l'homme la résistance des muscles droits et l'épaisseur des aponévroses peuvent apporter quelque gêne.

L'extrémité droite de la grande courbure étant reconnue, ainsi que la deuxième portion du duodénum, il importe de juxtaposer ces deux organes et de les fixer immédiatement l'un à l'autre. Nous avons toujours eu recours alors à un artifice opératoire qui aide considérablement dans les manœuvres ultérieures. Il consiste dans le passage de deux points de suture unissant l'estomac et le duodénum, et placés aux deux extrémités de la future incision d'anastomose. De ces deux points, le premier, le supérieur, est situé à un centimètre ou à un centimètre et demi environ au-dessous du pylore; il intéresse les tuniques séro-musculaires de l'estomac au ras et en avant de l'insertion épiploïque (c'est du moins ce qui a lieu dans la

variété antérieure; nous décrirons plus loin les modifications de la variété postérieure, que nous croyons préférable) et celles du duodénum, immédiatement en avant de la tête du pancréas. Le deuxième point est placé dans les mêmes conditions, à 4 ou 5 centimètres plus bas (Fig. 1). Les fils de soie de ces deux points qui sont représentés figure 1, sont laissés longs et servent : 1° à juxtaposer l'estomac et l'in-

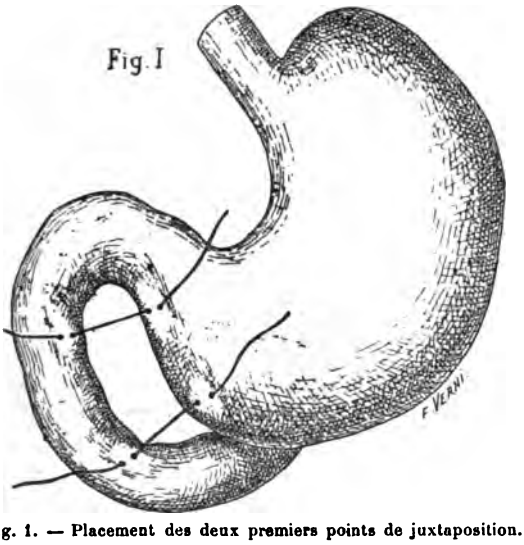


Fig. 1. — Placement des deux premiers points de juxtaposition.

testin; 2° et surtout, à servir de tracteur, amenant mieux sous les yeux la future ligne de suture. On pourrait dans le même but utiliser les pinces à griffes de Tuffier, mais nous préférons le point de suture, qui lèse moins les tissus et a l'avantage de laisser en place un point de plus.

Les extrémités des fils de ces deux points de juxtaposition étant saisis avec des pinces à pression, sont confiés à des aides qui exercent sur elles des tractions suffisantes pour bien tendre les surfaces, mais non pour les déchirer; il devient alors facile de commencer le troisième temps, c'est-à-dire la suture séro-séreuse postérieure.

3e temps. Suture séro-séreuse postérieure. — A partir de ce moment nous suivons un manuel opératoire analogue à celui décrit par MM. Terrier et Hartmann [1]. Nous utilisons pour toutes ces sutures de la soie fine, montée sur des aiguilles à peu près rectilignes, légèrement recourbées vers la pointe. Entre les deux premiers points de fixation (Fig. 2, a, a'), un surjet séro-séreux arrêté tous

1. Terrier et Hartmann. *Chirurgie de l'estomac*, p. 97.

les trois points est placé, unissant d'une façon définitive l'estomac et le duodénum dans toute l'étendue des incisions qui vont être pratiquées. Cette suture est commencée de bas en haut. Il faut avoir soin de laisser long le bout initial du fil (fig. 2, b), car celui-ci servira à montrer dans le dernier temps de l'opération le point où a commencé l'adossement séro-sereux postérieur, et évitera de laisser une zone insuffisamment suturée.

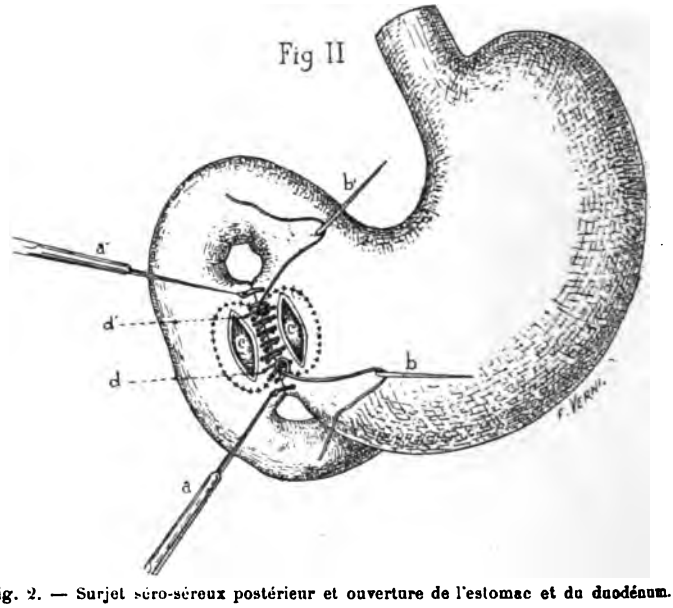


Fig. 2. — Surjet séro-séreux postérieur et ouverture de l'estomac et du duodénum.

Lorsque ce premier plan de suture sera fait, il faudra pratiquer l'incision de l'estomac et du duodénum.

4e temps. Ouverture de l'estomac et du duodénum. Suture des orifices. — Avant d'ouvrir les cavités gastrique et intestinale, le champ opératoire doit être minutieusement circonscrit et limité par des compresses de gaze stérilisée pour éviter l'infection possible par issue d'une certaine quantité de liquide septique. L'incision du duodénum et de l'estomac se fait sur une longueur un peu moins étendue que la ligne de suture séro-séreuse postérieure et à environ 5 millimètres à droite et à gauche de celle-ci. Aussitôt qu'elle est pratiquée, il faut se hâter de suturer, par un surjet arrêté, les deux orifices l'un à l'autre; ce surjet est fait avec des points comprenant toute l'épaisseur des tuniques intestinales; ceci aura l'avantage de faire l'hémostase et d'adosser grossièrement les tuniques intesti-

nale et gastrique. Ce surjet est naturellement commencé, comme dans les gastro-entérostomies, sur les lèvres postérieures de l'incision et terminé en avant. Pendant toute ces manœuvres, qui sont au point de vue de l'infection péritonéale, les seules dangereuses, les doigts des aides doivent s'opposer par des pressions intelligentes à la sortie des liquides. Une manœuvre que nous avons utilisée avec succès, consiste à refouler avec un doigt la face postérieure de l'estomac au travers de l'incision; on forme ainsi un véritable

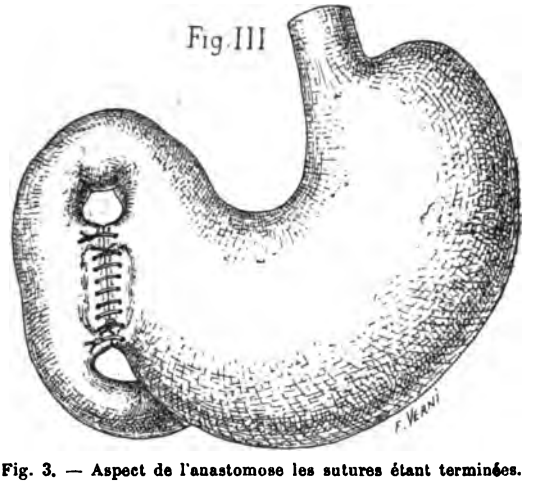


Fig. 3. — Aspect de l'anastomose les sutures étant terminées.

bouchon qui ne gêne pas pour les sutures et réalise parfaitement l'étanchement momentané. Si malgré tout une certaine quantité de liquide s'écoule, il ne faut pas s'en alarmer, lorsque le champ opératoire est suffisamment protégé par les compresses.

Aussitôt que l'anastomose est ainsi grossièrement fermée, il ne reste plus qu'à pratiquer la suture séro-séreuse antérieure, et pour cela il suffit de reprendre le fil qui avait commencé celle-ci en arrière (fig. 2, b), et de continuer avec lui la suture en avant jusqu'à ce que, le tour complet ayant été fait, on retrouve le point initial de la suture séro-séreuse postérieure, marqué par le fil laissé long (fig. 2, b'). Il ne restera plus qu'à nouer ensemble les deux bouts; l'anastomose sera terminée.

5e temps. Réintégration des viscères. Fermeture de la paroi abdominale. — Lorsque la ligne de suture a été une dernière fois vérifiée et la région bien asséchée par des tampons, il ne reste plus qu'à réintégrer dans l'abdomen l'estomac qui a été attiré au dehors. La suture de la paroi est faite en deux plans; un premier, au catgut,

prend le péritoine et l'aponévrose profonde, car il est très difficile, surtout chez l'homme, de faire une suture purement péritonéale, étant donné le facile déchirement de la séreuse de cette région. Un deuxième plan est fait au fil métallique et intéresse le feuillet antérieur aponévrotique et la peau.

L'opération terminée a duré en tout vingt-cinq à trente minutes.

Variété postérieure. — Il nous faut décrire maintenant une modification que nous avons utilisée dans nos deux derniers cas et qui consiste dans la création de la bouche stomacale, non point sur

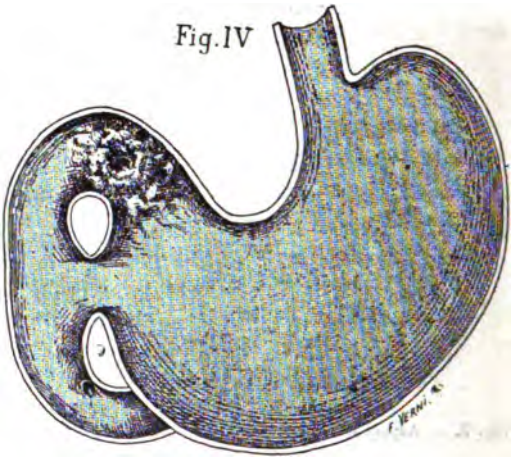


Fig. 4. — Coupe schématique de l'estomac après la gastroduodénostomie sous-pylorique.

le bord antérieur de la grande courbure de l'estomac, mais sur son bord postérieur. Pour ce faire il est nécessaire de dilacérer largement avec les doigts la toile épiploïque de façon à bien découvrir la région duodénale et pancréatique d'une part, et l'extrémité droite de la face postérieure de l'estomac, de l'autre. Il est alors facile de faire porter l'incision gastrique sur cette face postérieure au ras de la grande courbure et de l'anastomoser avec la deuxième portion du duodénum. Ce temps, qui paraît un peu compliqué au premier abord, est en somme très simple et favorise beaucoup les manœuvres : en réalité, la présence de l'épiploon gêne un peu dans la variété antérieure que nous avons décrite plus haut, et l'on est dans de meilleures conditions après s'être débarrassé du repli séreux. Enfin, nous pensons que le fonctionnement de l'anastomose est meilleur avec cette modification, qui, en petit, rappelle le perfectionnement apporté par von Hacker à la gastro-entérostomie anté-

rieure de Woelfler. Nous conseillerons donc d'y avoir recours de préférence.

Soins consécutifs. — Les soins consécutifs ne diffèrent pas de ceux des gastro-entéro-anastomoses ordinaires. Pendant les premières quarante-huit heures nous avons l'habitude de tenir le malade sous l'influence de la morphine par des injections hypodermiques, qui ont l'avantage de mettre l'opéré dans un calme absolu, et d'immobiliser plus ou moins les viscères abdominaux. Nous croyons cette action de la morphine très utile, sauf dans les cas où un état de faiblesse marqué nécessite au contraire des excitants, tels que la caféine, l'éther ou les injections de sérum artificiel. Conformément aux conseils de Roux, de Kraske, et à la pratique de M. le Professeur Terrier, nous croyons qu'il est bon d'alimenter de bonne heure les opérés; dans la journée même de l'intervention de petites quantités de liquide sont données par cuillerées à café; dès le lendemain le lait peut être toléré, mais coupé d'eau ordinaire; du thé, du café, du bouillon de viande seront donnés sans inconvénient, mais à doses fractionnées. Nous proscrivons par contre, d'une façon absolue, toutes les boissons gazeuses qui pourraient distendre l'estomac au moins temporairement. Vers le quatrième ou cinquième jour, suivant l'état des fonctions gastriques, on peut commencer à donner des potages et ultérieurement permettre des aliments solides.

Résultats.

Bien que nos observations ne soient pas encore assez nombreuses pour permettre de juger définitivement la valeur de l'opération que nous proposons, les résultats que nous avons obtenus chez nos deux malades ont pleinement justifié les considérations théoriques qui nous avaient poussé à pratiquer la gastroduodénostomie sous-pylorique, et nous croyons intéressant de les préciser.

L'amélioration constatée après nos deux interventions a porté sur les troubles subjectifs et sur le fonctionnement physiologique et chimique de l'estomac.

Immédiatement après l'opération nous avons vu brusquement disparaître les phénomènes de douleur et de pesanteur observés auparavant; mais le phénomène le plus manifeste a été, comme du reste dans les gastro-entérostomies ordinaires, la disparition immédiate des vomissements; nos deux malades, qui en offraient de fréquents et de très abondants, n'ont plus vu reparaître ceux-ci et l'état nauséeux continuel dans lequel elles se trouvaient dis-

parut également. Il en fut de même des éructations. En même temps que les troubles précédents ont cessé, est survenue presque de suite la sensation de la faim. Cette réapparition de l'appétit qui est, dans toutes les gastro-entérostomies, d'une grande valeur pronostique n'a pas manqué et s'est manifestée dès le surlendemain de l'intervention; nous devons dire pourtant que la sensation de faim ne nous a pas paru aussi immédiatement vive que dans les gastro-entérostomies ordinaires et surtout dans celles ou l'on emploie les boutons anastomotiques, ceux-ci jouant probablement le rôle de dilatateurs de l'orifice et assurant ainsi une évacuation plus rapide du contenu gastrique. Il nous a semblé qu'il fallait quelques jours pour que l'anastomose fonctionnant d'une façon parfaite le cours du chyme fût normalement rétabli. Peut-être est-il nécessaire que le gonflement inflammatoire autour des points de suture et les phénomènes spasmodiques des tuniques musculaires s'amendent pour que la nouvelle bouche remplisse complètement ses fonctions. Quoi qu'il en soit, si la sensation d'appétit est revenue plus lentement, elle est revenue progressivement croissante, et les malades n'ont pas tardé à augmenter notablement de poids et à engraisser visiblement. La malade de l'Observation II, six jours après l'opération, avait déjà pris 2 kilogrammes; au vingtième jour elle quittait l'hôpital avec une augmentation de poids de 8 kilogrammes; quatre mois plus tard cette malade avait engraissé de 23 kilog. 500 et se trouvait dans un état de santé florissant. Nous avons pu la présenter devant la Société de Chirurgie de Lyon six mois après son opération, dans un tel état satisfaisant que nous en sommes à douter de la nature maligne de la tumeur que nous avons eu pourtant entre les mains au cours de l'opération et qui paraissait être nettement un cancer.

Notre deuxième malade, dont le fonctionnement gastrique est parfait, ainsi que le démontrent l'absence de vomissements, l'appétit normal et l'examen de l'estomac et de son contenu, a eu pourtant, au point de vue de l'augmentation de poids, un résultat moins bon. Cette femme n'a repris que 5 kilogrammes depuis son opération; ce fait est dû non point à un défaut de fonctionnement de l'anastomose, mais à des causes multiples, indépendantes de celles-ci. Elle a tout d'abord présenté ces phénomènes de diarrhée sur lesquels MM. Terrier et Hartmann ont particulièrement attiré l'attention, phénomènes qui n'ont cédé qu'à l'emploi du bismuth et du tannin. Ultérieurement elle a subi les atteintes de la grippe qui sévit au mois de mars, et enfin actuellement on constate chez elle, au sommet droit, des signes indiscutables d'une tuberculose en évolution. Il

est même intéressant de voir chez cette femme atteinte de néoplasme et de tuberculose, deux affections dénutrisantes au premier chef, le bon fonctionnement gastrique permettre pourtant une augmentation notable de poids.

En même temps que l'embonpoint reparaît et que les digestions se font normalement, une amélioration considérable de l'état général se produit, se caractérisant par un sommeil tranquille, un état moral excellent, une recoloration des téguments de la face, rappelant l'état normal de santé. Les forces reviennent rapidement, l'oppression et les palpitations cardiaques, qui se manifestaient au moindre effort, s'atténuent et disparaissent au fur et à mesure que l'anémie s'efface. Nous avons même observé chez la malade de l'Observation II un fait particulier. Cette femme jeune encore (trente et un ans), présentait au moment de l'intervention une cessation des règles remontant à onze mois; quatre mois après l'opération elle les voyait reparaître, et depuis ce moment celles-ci n'ont cessé de se manifester avec une régularité absolument parfaite.

L'examen des fonctions gastriques permet de comprendre l'amélioration constatée. En effet, au point de vue des apparences, les phénomènes digestifs se montrent comme absolument normaux, nos malades pouvant ingérer, et cela sans fatigue consécutive, tous les aliments. L'examen attentif du fonctionnement gastrique a confirmé les sensations ressenties par nos opérés; cet examen a porté sur la capacité de l'estomac, sur sa contractilité et sur son chimisme.

Chez nos deux malades la *rétraction des parois* gastriques après l'intervention a été rapide et complète; il s'agissait pourtant de dilatations considérables, puisque la grande courbure descendait dans les deux cas jusqu'au voisinage du pubis, et que l'estomac distendu par l'accumulation des aliments, remplissait à peu près tout l'abdomen, soulevant la paroi abdominale, donnant ainsi l'illusion d'un certain degré d'embonpoint. Un mois et demi après la gastroduodénostomie, la percussion de l'estomac montrait celui-ci revenu sur lui-même et la pompe stomacale n'accusait aucun résidu dans l'intervalle des digestions. Ce retour rapide du viscère à ses dimensions normales pouvait du reste être prévu, car au cours de la laparotomie, alors qu'il venait d'être soumis à des lavages évacuateurs soigneux, ses parois offraient une rétraction à peu près complète. Comme le signalent MM. Terrier et Hartmann à propos des gastro-entérostomies, le retrait de la paroi gastrique est plus rapide lorsqu'il s'agit de sténoses cancéreuses, c'est-à-dire de rétrécissements à évolution rapide; nos deux observations confirment ces vues.

L'examen de la *motricité* nous a montré également celle-ci revenue normale, c'est-à-dire que nous avons constaté la disparition des contractions musculaires exagérées et pourtant la réalité d'un travail suffisant pour l'évacuation du contenu gastrique. En effet, les contractions péristaltiques ont disparu immédiatement après la constitution de l'anastomose et ne se sont plus manifestées depuis. D'autre part, la contractilité nous a paru suffisante, car l'évacuation du chyme s'est toujours faite sans lenteur et complètement. C'est, du reste, ce que nous a montré l'étude directe de la digestion gastrique après la gastroduodénostomie.

L'examen du contenu de l'estomac, après les repas d'épreuves, et *du chimisme* du suc gastrique nous a fait voir tout d'abord, comme nous venons de le dire, qu'il n'y avait *pas de stase à jeun*. Les lavages ne nous ont jamais permis de ramener de débris alimentaires; nous ne voulons pas conclure de nos deux observations que cet heureux résultat sera constant; nous l'avons pourtant constaté dans nos deux cas. D'autre part, il n'a pas semblé qu'il y ait de lenteur appréciable dans la rapidité de la digestion; c'est là un fait en contradiction avec ce que l'on observe dans les gastro-entérostomies ordinaires; nous croyons qu'il faut y voir deux causes : la première est peut-être un fonctionnement plus parfait de la bouche stomacale dans les gastroduodénostomies sous-pyloriques, celle-ci étant plus anatomiquement et plus physiologiquement placée que dans les autres entéro-anastomoses, et aussi parce qu'à la suite de cette intervention le chimisme est beaucoup moins modifié qu'avec les autres procédés.

Si dans nos observations il ne semble pas que l'acidité gastrique ait subi de grandes variations, l'examen du suc gastrique nous a toujours montré l'*absence absolue des éléments de la bile*. Nous croyons qu'il s'agit là d'un facteur qui a une certaine importance et qui mérite d'attirer l'attention. Le reflux de la bile dans l'estomac après la gastro-entérostomie est d'une excessive fréquence; Carle et Fantino disent que la présence de la bile dans l'estomac peut être considérée comme la règle; MM. Terrier et Hartmann constatent que dans certains cas même ce reflux a lieu en quantité si considérable qu'il s'agit d'une véritable inondation de l'estomac. Certes on est bien revenu à l'heure actuelle sur l'importance de ce phénomène auquel on attribuait, lors du début des gastro-entérostomies, tous les accidents du circus viciosus. Les expériences de Dastre, de Ruggero, de Odi, de Masse, sont venues démontrer le peu de troubles apporté dans la digestion par le mélange de la bile avec le suc gastrique, et les cas de cholécysto-

gastrostomie de M. le Professeur Terrier et de Jaboulay, en France, de Max Wickhoff et de Angelberger, en Autriche, sont venus confirmer les données expérimentales. Nous croyons pourtant que si les expériences et les faits cliniques précédents sont venus démontrer que la bile pouvait être tolérée dans l'estomac, l'arrivée de ce liquide doit être évitée autant que possible. C'est ainsi qu'il est fréquent après les gastro-entérostomies, faites même pour des rétractions cicatricielles du pylore, de voir un abaissement condidérable de l'acidité du suc gastrique, celle-ci pouvant même disparaître. Cette hypo-acidité est très vraisemblablement sous la dépendance de l'adjonction de la bile. D'autre part, c'est la même pathogénie, nous semble-t-il, qu'il faut invoquer pour expliquer la lenteur de la digestion gastrique qui se prolonge au delà des limites normales. A plus forte raison ces accidents se produisent-ils lorsqu'il s'agit de ces inondations biliaires de l'estomac dont parlent Terrier et Hartmann. Enfin, il faut peut-être tenir compte aussi d'un autre facteur mis en lumière par Chlumsky [1] : nous voulons parler du reflux du suc pancréatique dans l'estomac, reflux qui, selon les expériences de cet auteur, amènerait rapidement la mort des animaux. Or, il est certain que dans les gastro-entérostomies où le reflux biliaire a lieu, celui du suc pancréatique doit avoir lieu également, étant donné le point d'abouchement des canaux de Virsung et cholédoque dans l'ampoule de Vater. En résumé, nous pensons qu'il faut éviter autant que possible l'arrivée de la bile dans l'estomac; l'analyse des sécrétions gastriques de nos deux malades nous a démontré que cette arrivée n'avait pas lieu; c'est donc un argument qui aura quelque valeur dans l'appréciation de cette opération.

Valeur de la gastroduodénostomie sous-pylorique. Ses indications.

Nous sommes maintenant à même d'établir un parallèle entre les méthodes ordinaires de traitement des sténoses du pylore, la pyloroplastie et les gastro-entérostomies et l'opération nouvelle que nous proposons, la gastroduodénostomie sous-pylorique.

La pyloroplastie, considérée uniquement à un point de vue théorique, est une opération idéale, et semble devoir être le traitement de choix des sténoses du pylore. Aucune opération, en effet, mieux que celle-ci ne rétablit plus physiologiquement les conditions nor-

1. *Beitr. z. klin. Chirurg.*, Tübingen, 1898.

males; elle s'adresse directement à la cause des accidents, elle s'attaque à l'obstacle, et lorsque le calibre normal du pylore est réalisé, le fonctionnement physiologique de l'évacuation gastrique est rétabli *ad integrum*. Le chyme stomacal traverse le duodénum dans toute sa longueur et reçoit dans la deuxième portion l'adjonction des sucs biliaires et pancréatiques, sans que ceux-ci puissent à aucun moment être déversés dans l'estomac. La pyloroplastie met également l'opéré à l'abri de tous les accidents du *circus viciosus*, et cela sans qu'il soit nécessaire de recourir à de longues manœuvres ou à des opérations complexes; elle ne nécessite en effet qu'une ligne de suture et qu'une incision; c'est donc bien là théoriquement une opération parfaite, car elle rétablit les fonctions physiologiques normales et est en même temps une intervention simple et de courte durée.

En pratique, malheureusement, il n'en est pas de même; de nombreuses contre-indications et de grosses difficultés opératoires surgissent. Tout d'abord la pyloroplastie devra être abandonnée dans tous les cas de sténose cancéreuse. La proximité du néoplasme, son extension, sa marche envahissante contre-indiquent l'opération malgré les tentatives faites dans ce sens par M. Jaboulay. Parmi les autres sténoses, celles dues aux cicatrices d'ulcères sont de beaucoup les plus fréquentes, bien souvent là encore la pyloroplastie ne saurait être de mise; l'ulcère de la région pylorique s'accompagne le plus souvent en effet d'une réaction périgastrique marquée, se traduisant par des adhérences anormales, par des épaississements épiploïques qui enserrent la première portion du duodénum; d'autre part, les tuniques intestinales sont épaissies, infiltrées par un tissu de sclérose, elles ont perdu toute souplesse, et leur revêtement péritonéal est profondément altéré. Ce sont là des conditions anatomiques particulièrement défavorables pour une opération autoplastique comme la pyloroplastie, qui réclame, pour donner un bon résultat, des tissus souples et élastiques. Si les fils destinés à rapprocher les surfaces d'incision exercent des tractions, ils déchirent les tuniques intestinales rendues friables, les séreuses sont mal adossées, le calibre pylorique est insuffisamment augmenté de diamètre, et la suture est dangereuse par ces imperfections. Nous avons assisté à une pyloroplastie faite dans ces conditions; malgré les précautions prises, la suture put très difficilement être faite, et le résultat fut déplorable; les fils de soie ayant sectionné les tissus, une péritonite par perforation emporta le malade.

En dehors de ces cas extrêmes, mais fréquents pourtant, où les lésions de périgastrite et de sclérose cicatricielle sont très étendues,

la pyloroplastie pourra être utilisée lorsqu'une partie seulement du pylore sera rétractée par le voisinage de l'ulcère, et où une bande de tissu sain persistera. Pourtant là encore il faut faire des réserves, les observations visant maintenant des cas plus anciens nous montrent que, à moins d'être faite très largement, l'opération de Heinecke-Mikulicz expose à des récidives; une cicatrice rétractile se fait au niveau de la ligne des sutures et les excellents résultats fonctionnels constatés peu de temps après l'opération, ne se retrouvent plus lorsqu'on suit les malades un certain temps. Il nous semble donc que les indications de la pyloroplastie dans les ulcères doivent être restreintes, et qu'il faut revenir un peu de l'enthousiasme que cette opération a suscité lors de son apparition. Cette intervention rencontrera pourtant des indications dans les autres sténoses, dans les sténoses congénitales, par exemple, mais celles-ci sont excessivement rares, et dans les sténoses d'origine biliaire, quoique pourtant le plus souvent la libération d'une adhérence anormalement placée suffise pour rétablir le cours des aliments dans leur traversée duodénale. En résumé, comme nous le disions, les indications de la pyloroplastie sont restreintes; opération idéale, elle ne rencontrera que de rares applications pratiques, et toutes les fois qu'on voudra y avoir recours quand même, on s'exposera soit à des accidents graves, immédiats, soit à des accidents tardifs de récidive.

La gastro-entérostomie présente justement, au contraire, comme avantage principal, de pouvoir s'appliquer à l'immense majorité des cas. Elle sera justiciable aussi bien des sténoses cancéreuses que de toutes les variétés de sténoses cicatricielles, mais elle offre par contre un certain nombre de sérieux inconvénients. En effet les gastro-entérostomies peuvent être divisées en deux catégories : celles qui ne comportent qu'une seule anastomose, comme la gastro-entérostomie antérieure de Woelfler, et la variété postérieure de von Hacker, et celles qui en comportent plusieurs; le procédé en Y de Roux, de Lausanne, peut en être considéré comme le type.

La première classe est composée évidemment d'opérations simples, faciles à pratiquer, et rapidement terminées; utilisables de ce fait, même chez des malades profondément inanitiés; malheureusement ces interventions exposent aux redoutables accidents du circus viciosus, c'est-à-dire au défaut de fonctionnement du bout inférieur du jéjunum et à la distension maxima du bout duodénal. Si le procédé postérieur de von Hacker expose moins que celui de Woelfler à cette terrible complication, il n'en est pas pourtant absolument exempt; peut-être chez lui faut-il redouter en plus

l étranglement possible par la trouée mésocolique. Les nombreuses modifications opératoires dirigées contre le circus viciosus sont insuffisantes, la longueur de l'anse jéjunale, sa fixation sur une certaine étendue à la paroi gastrique, la création de valvules, la soi-disant torsion de Rokwitz[1], etc... ne donnent que des améliorations dans les résultats, sans certitude absolue du succès. La multiplicité des procédés employés n'indique-t-elle pas déjà qu'aucun n'a de valeur certaine? Les gastro-entérostomies simples ont en outre l'inconvénient de déverser, comme nous l'avons vu plus haut, les liquides pancréatiques et biliaires dans l'estomac, et nous avons démontré que si ce phénomène n'avait pas une très grosse importance, il fallait pourtant l'éviter autant que possible; nous ne reviendrons donc pas sur ce point, qui rend inférieur au point de vue du fonctionnement physiologique, la gastro-entérostomie à la pyloroplastie et à la gastroduodénostomie sous-pylorique.

Circus viciosus, reflux de la bile et du suc pancréatique dans l'estomac sont évités par les procédés de gastro-entérostomie à anastomoses multiples, tels que le procédé en Y, de Roux, ceux de jéjuno-jéjunostomie de Jaboulay, de Lauenstein, de Braun. Mais ce sont là des opérations complexes, demandant deux anastomoses, exigeant un temps double, et exposant doublement à des accidents d'infection possible. Avec les précautions actuellement mises en pratique, il y a peu à compter avec l'infection opératoire; pourtant les chances d'un défaut dans la suture seront plus grandes lorsque deux anastomoses devront être pratiquées. Enfin, ces procédés ne pourront être de mise chez des malades affaiblis, inanitiés, et en imminence de choc.

L'exposé que nous venons de faire nous fait bien voir les avantages de la gastro-duodénostomie sous-pylorique. Cette opération, en effet, présentera tous ceux de la pyloroplastie et en évitera les inconvénients. Elle rétablira le fonctionnement physiologique de l'évacuation gastrique, à peu près aussi bien que l'opération d'Heinecke-Mikulicz, car le chyme stomacal sera déversé au-dessus de l'ampoule de Vater, c'est-à-dire de l'abouchement du cholédoque et du canal de Wirsung. Elle ne se butera pas aux mêmes difficultés opératoires que la pyloroplastie, l'anastomose se faisant au niveau de tissus sains, en dehors de la zone de périgastrite scléreuse, et de l'induration cicatricielle des tuniques pyloriques. Elle évitera enfin

1. Nous disons soi-disant torsion de Rokwitz, car la position de l'anse jéjunale placée comme l'indique Rokwitz est exactement telle que la disposition anatomique le veut.

les récidives possibles parce que l'on pourra faire l'ouverture anastomotique presque aussi longue que l'on voudra et en tous cas suffisamment étendue pour parer à la rétraction cicatricielle.

La gastroduodénostomie sous-pylorique présentera aussi de sérieux avantages sur les gastro-entérostomies. En effet, si les procédés de Woelfler et de von Hacker peuvent être mis en parallèle avec elle par la rapidité et la simplicité de leur exécution, les accidents du circus viciosus, le reflux biliaire dans l'estomac, s'accompagnant d'hypo-acidité, de lenteur dans le travail chimique de la digestion seront évités par cette opération. De même également il faudra préférer la gastroduodénostomie, lorsqu'elle sera indiquée, aux anastomoses complexes, car celles-ci sont de longue durée et nécessitent des sutures intestinales multiples.

A côté de ces avantages l'opération que nous préconisons a-t-elle de graves inconvénients? On lui a fait à la Société de Chirurgie de Lyon deux reproches : la profondeur du champ opératoire; la possibilité d'infection par écoulement des liquides septiques du duodénum et de l'estomac. La profondeur du champ opératoire, due à la fixité de la deuxième portion du duodénum, n'est qu'apparente; en effet, si en anatomie normale le duodénum est profondément caché au devant de la colonne vertébrale, chez les sujets atteints de sténose pylorique, considérablement amaigris, les corps vertébraux paraissent faire une forte saillie en avant, la paroi abdominale est déprimée et les manœuvres opératoires sont de ce fait très simplifiées. D'autre part, le placement de nos fils tracteurs soulevant et juxtaposant très heureusement les organes à anastomoser, facilite considérablement les manœuvres. Quant aux dangers d'infection par écoulement des liquides gastriques du duodénum, ils nous paraissent peu à redouter si l'on a eu la précaution de faire de grands lavages évacuateurs de l'estomac, et si le champ opératoire est circonscrit sérieusement par une barrière de compresses de gaze.

De ces considérations il nous semble bien résulter que la gastroduodénostomie sous-pylorique présente la plupart des avantages de la pyloroplastie et des gastro-entérostomies sans en offrir les inconvénients. Il nous reste à préciser les *indications* de cette opération. Son indication la plus typique nous paraît résider dans les rétrécissements cicatriciels du pylore, dus à d'anciens ulcères, avec périgastrite étendue et lésion scléreuse large de la région; c'est-à-dire dans les cas où la pyloroplastie, en raison de ses difficultés opératoires, serait dangereuse à utiliser. Nous étendrons encore les indications de notre procédé à tous les cas de cicatrices un peu larges, où l'on pourra craindre de n'avoir pas suffisamment de tissu sain au

niveau du pylore pour faire une bonne pyloroplastie, et où en tous cas, la récidive de la sténose serait à craindre. C'est encore à la gastro-duodénostomie qu'il faudra avoir recours dans les sténoses d'origine biliaire, où la simple libération d'une adhérence pathologique ne rétablira pas la lumière de l'intestin, et où des tissus d'inflammation chronique, dense, enserreront la région pylorique. Quant aux sténoses congénitales, elles seront le plus souvent justiciables de la simple pyloroplastie.

Dans les sténoses cancéreuses, les indications de la gastro-duodénostomie seront plus restreintes. En raison de la simplicité de cette opération et de sa sécurité nous la préférerons aux gastro-entérostomies, lorsqu'il s'agira de cancers limités du pylore, squirrheux, avec envahissement ganglionnaire du petit épliploon (contre-indiquant la gastrectomie), ou de cancers de la petite courbure avec envahissement du pylore et tendance à l'infiltration du petit épiploon. Dans ces cas la bouche stomacale sera suffisamment éloignée du foyer néoplasique pour être à l'abri d'un envahissement secondaire.

Enfin, on pourra encore utiliser la gastro-duodénostomie dans certains cas d'ulcères de l'estomac en voie d'évolution, s'accompagnant d'hématémèses graves, justiciables actuellement de la gastro-entérostomie [1]. Le siège de l'ulcère dans la région pylorique nous paraît devoir être surtout pris en considération pour justifier cette intervention dans ces cas.

Les indications que nous venons de préciser nous permettent de voir que si la gastroduodénostomie sous-pylorique n'est pas destinée à remplacer ses devancières, la pyloroplastie et les gastro-entérostomies, c'est une opération qui doit se placer entre celles-ci, profitant des contre-indications de l'une et de l'autre, et venant apporter ainsi un élément nouveau dans le traitement chirurgical des affections gastriques.

1. Depuis la mise en publication de ce travail nous avons pratiqué avec plein succès une gastroduodénostomie sous-pylorique pour un ulcère de l'estomac s'accompagnant d'hématémèses et de vomissements incoercibles.

L'OPOTHÉRAPIE ENTÉRIQUE

DANS L'OCCLUSION INTESTINALE

(ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE)

Par le Dr E. VIDAL (de Périgueux).

Les principes généraux qui gouvernent la thérapeutique des occlusions intestinales (étranglements internes, hernies étranglées) sont aujourd'hui définitivement fixés, et l'axiome classique de Trélat, élargi et généralisé à toutes les variétés, est accepté partout sans aucune restriction : à tout prix et par tous les moyens, rétablir le cours des matières dans le plus bref délai. Le succès sera d'autant plus sûr que l'intervention sera plus précoce : c'est dire que malgré tout, en dépit des principes et par la faute des circonstances, des « étranglés » mourront toujours, venus trop tard au chirurgien, qui ne peut supprimer alors qu'un seul des facteurs morbides, dont l'importance, au début capitale, est alors balancée par d'autres qui nous ont trouvé jusqu'ici presque absolument désarmés. La conception purement *mécanique* de l'occlusion intestinale ne satisfait plus, en effet; personne, certes, les lésions de sphacèle pariétal sont menaçantes au premier chef, et les actions à distance qui s'exercent par l'intermédiaire des plexus sympathiques, redoutables pour l'état général. Mais le rôle capital de la stase des matières *septiques* et *toxiques* dans le tractus intestinal, l'exaltation de la virulence des bactéries qui peuplent les anses étranglées, la disparition des processus de défense naturels à l'intestin, se laissant alors pénétrer par le coli-bacille et résorbant activement toxines microbiennes et poisons putrides, tels sont autant de facteurs dont l'importance dans la scène morbide est maintenant bien appréciée. « Le plus souvent, les malades ne meurent pas de péritonite; ils meurent d'*infection stercorémique*. C'est la stercorémie qu'il faut prévenir, qu'il faut enrayer; c'est elle qui tue en s'aggravant sans trêve » (Lejars). Et le traitement idéal devra viser, en conséquence, le facteur primitif, l'étranglement lui-même, mais s'attacher de plus, à combattre la stercorémie, et d'autant plus activement que la lésion sera plus ancienne.

L'étude analytique de l'empoisonnement stercorémique est encore loin d'être complète; la part respective des toxines coli-bacillaires et des poisons putrides (ptomaïnes, etc.), dans l'intoxication générale, est difficile à préciser. Leur action combinée est cependant bien évidente, dès qu'elle peut s'exercer à la faveur des désordres anatomiques et fonctionnels dont l'intestin malade est le siège. Renforcer ses défenses naturelles, ou les suppléer si la déchéance est telle qu'elles soient entièrement abolies, tel paraît être alors le problème à résoudre, et l'étude des processus normaux grâce auxquels l'intestin *sain* résiste, semble pouvoir conduire à une solution pratique. Contre les parasites eux-mêmes, l'intégrité parfaite de la muqueuse entérique est une barrière suffisante, mais indispensable; contre les toxines microbiennes, les modes de défense sont multiples. Charrin et ses collaborateurs [1] en ont bien montré quelques-uns : difficulté de l'absorption, très faible à l'état sain; altération et destruction de ces protéines par les éléments figurés (bactéries, algues et champignons) qui évoluent au milieu d'elles; atténuation de ces mêmes toxines par les diastases digestives et les liquides qui les renferment; action combinée sur des substances aussi fragiles des corps multiples qui traversent le tractus gastro-intestinal; enfin, *propriétés spécifiques* de la muqueuse qui semble apte à neutraliser les poisons putrides tout comme les toxines. « La muqueuse apparaît non plus à titre de simple membrane de revêtement, mais bien comme un viscère en surface, comme une glande étalée, douée de propriétés dont le nombre s'accroît tous les jours », conclut Charrin d'une longue étude. Depuis longtemps déjà (1895) il avait démontré que la protection disparaît vis-à-vis des toxines si l'on supprime la muqueuse ou son activité par des moyens convenables; il tenta même d'extraire de la membrane saine « des éléments propres à diminuer la sensibilité à l'infection ou à l'intoxication par le contenu du canal alimentaire »; mais malgré quelques résultats démonstratifs chez l'animal, le succès fut très inconstant. Un fait pourtant restait acquis : *dans la muqueuse intestinale, il paraît exister certains corps résultant de la vie des éléments anatomiques, capables de neutraliser plus ou moins complètement les effets d'une absorption anormale des poisons du tube digestif : poisons putrides et toxines. Dans des conditions qu'il reste à préciser, il semble possible d'en extraire ces substances, et leur emploi thérapeutique n'est pas absurde a priori.*

1. Charrin et Mangin. Soc. de Biol., 1897. Charrin et Lefèvre. *Ibid.*, 1896. Charrin et Levaditi. *Le sort des toxines dans le tube digestif* (*Journal de Physiol. et de Pathol. gén.*, n° 2, mars 1899).

Où siège, en effet, dans le cas d'*occlusion*, le foyer de l'absorption toxique? Dans l'anse étranglée tout d'abord, mais évidemment aussi dans une grande étendue du tractus intestinal : le petit volume de certaines hernies contraste vraiment trop avec l'intensité des accidents toxiques que provoque parfois leur étranglement, pour que l'on puisse placer dans la surface seule primitivement atteinte l'origine exclusive de l'empoisonnement stercoral, alors surtout qu'une circulation ralentie ou même nulle trouble profondément le mécanisme physique de l'absorption. La stase des matières qui distendent l'intestin au-dessus de l'obstacle et l'*inhibition réflexe simultanée de la sécrétion muqueuse interne sur une étendue sans doute considérable du canal alimentaire*, semblent nécessairement devoir être invoquées. C'est la plus grande partie des corps antitoxiques normalement fournis par la muqueuse saine qui semble faire défaut au moment décisif; une lésion *physiologique* frappe des anses non étranglées, comme la lésion anatomique a frappé la portion exclue; toute suppléance spontanée est impossible; c'est l'*opothérapie* qui devra remplacer les fonctions disparues, neutraliser les poisons déjà circulants, tenir lieu, en un mot, de sécrétion normale tant que persistera l'inhibition réflexe. Autorisé de l'ensemble de ces notions expérimentales et cliniques [1], j'ai de nouveau tenté la préparation de l'extrait entérique pour en étudier les effets dans l'occlusion intestinale chez l'animal et l'homme. Une première série d'expériences, du type même de celles qu'avait instituées Charrin (communication orale), démontre très nettement l'activité de ces extraits.

Expérience I. — Un lapin reçoit dans la veine marginale de l'oreille 2 cent. cubes d'une dilution de matières fécales de porc dans la solution

1. Voici le mode de préparation des extraits employés : de l'intestin grêle de porc adulte, au sortir même de l'abdomen, est détergé une première fois dans une solution saline à 9 p. 1000; un jet violent du même liquide achève le nettoyage et fouille en quelque sorte toutes les cryptes de la membrane. La muqueuse est alors détachée par raclage avec une lame mousse : c'est d'elle qu'il s'agit d'obtenir un extrait organique. Dans mes premières tentatives, je procédais par trituration et macération dans le sérum artificiel normal; je ne pus obtenir ainsi qu'un extrait peu actif. Des préparations *glycérinées*, du type même de l'extrait orchitique Brown-Séquard, ont montré une activité assurément très supérieure. Pour éviter la putréfaction, je dus toutefois ajouter au magma 0,50 p. 1000 de formol du commerce, et conserver le tout dans la glace jusqu'à l'heure de la stérilisation. Très délicate dans la pratique, et pourtant des plus nécessaires, puisque la voie hypodermique est la seule qui soit possible, celle-ci s'obtient *en général*, sans altération du milieu, par une double filtration sur la bougie de porcelaine, à l'aide de certains artifices qu'il importe peu de décrire; il est d'ailleurs prudent de s'assurer par les procédés usuels que le liquide est bien stérile. Les préparations ainsi obtenues m'ont paru d'une activité régulière. Charrin n'a pas publié le procédé d'extraction qu'il employa dans ses premières recherches.

saline normale, après filtration sur papier seulement. Quinze secondes environ après l'injection, il est pris de convulsions violentes, suivies de contracture, et meurt en quelques instants.

Un autre lapin, de poids à peu près identique, reçoit tout d'abord par la même voie 5 cent. cubes de macération de muqueuse intestinale de porc dans le sérum artificiel, représentant l'extrait de 5 grammes de tissus environ. *Immédiatement après*, on injecte comme précédemment 2 cent. cubes de la dilution de matières fécales; l'animal présente seulement un peu d'anhélation, un myosis assez accentué, sans convulsions ni accidents immédiats. On le trouve mort le lendemain soir.

L'extrait entérique a donc complètement neutralisé l'effet *toxique* des poisons intestinaux injectés et son action préventive semble bien établie; la mort tardive de l'animal ne fut que l'inévitable résultat de la pénétration dans le sang d'un liquide riche en bactéries.

Exp. II. — Deux lapins de même taille sont opérés le même jour, avec la plus minutieuse asepsie : je pratique chez les deux animaux la ligature et la section de l'intestin en un point très éloigné de l'estomac, et j'invagine mes fils sous quelques points de Lembert; le ventre est refermé avec soin. J'obtiens ainsi une occlusion *intestinale* aussi absolue que possible.

L'un des animaux (A) reçoit immédiatement 2 cent. cubes d'extrait entérique glycériné, en injection hypodermique; deux heures après, nouvelle injection; 5 cent. cubes sont ainsi administrés dans les vingt-quatre heures.

Le second (B) ne subit aucun traitement.

Le lendemain, les deux sujets sont abattus et n'ont pas mangé. Météorisme considérable; l'animal injecté paraît plus vigoureux que l'autre. Il a uriné davantage, et la pupille est presque normale, alors que B présente un myosis presque punctiforme. Le traitement est continué : A reçoit 5 cent. cubes dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain matin, B est trouvé mort, mais encore chaud, dans sa cage; A, bien que très malade, est de nouveau traité, et ne meurt que dans la nuit suivante.

A l'autopsie, il y a chez les deux sujets un peu de liquide hématique dans le péritoine. Intestin très injecté et agglutiné en certains points; mais B présente un degré de congestion du foie, du poumon et surtout des capsules surrénales beaucoup plus considérable que chez A.

Telle est l'expérience type que j'ai répétée maintes fois avec des résultats analogues; lapins, cobayes, rats d'égout (je n'ai pu opérer qu'exceptionnellement sur le chien) se comportent en général de même, et quelques rares exceptions, qu'explique assez la durée un peu variable de la survie normale chez des animaux de même espèce *non injectés* ne peuvent infirmer une règle qu'appuient des expériences positives assez nombreuses. Le pouvoir antitoxique de l'extrait entérique est d'ailleurs d'autant plus manifeste que des

témoins recevant un volume de liquide inerte (solution physiologique) de beaucoup plus considérable que les sujets traités succombaient encore les premiers.

Il est à remarquer dans les expériences de ce groupe que c'est à titre *préventif* autant que *curatif* qu'intervient l'extrait entérique. Si l'on laisse, au contraire, la stercorémie commencer son œuvre avant d'injecter le liquide immunisant (vingt-quatre heures au moins après le début de l'occlusion), les résultats restent du même ordre; presque toujours les animaux traités présentent sur les témoins une survie notable; une dose totale plus élevée m'a semblé toutefois nécessaire pour obtenir des effets constants.

Fort de ces résultats, j'ai cru pouvoir tenter l'application de la méthode à la clinique humaine.

Un premier essai eut lieu à propos d'un cas d'étranglement herniaire de date déjà ancienne :

Observation I (résumée). — Homme de quarante-neuf ans; misère physiologique habituelle; a eu dans le courant de l'hiver une pneumonie congestive, et tousse depuis lors. Volumineuse hernie inguinale droite, apparue trois mois auparavant, et qui, à la suite d'un effort, grossit brusquement et refuse de rentrer. Je ne suis appelé que le quatrième jour. L'état général est déplorable : peau moite, langue sale et sèche, faiblesse extrême; respiration superficielle, pouls assez rapide (107), et, ce qui m'inquiète le plus, faux pas répétés du cœur; il manque environ une pulsation sur 4 ou 5; vomissements fécaloïdes incessants.

Quant à la lésion locale, il s'agit visiblement d'un vaste phlegmon stercoral. J'injecte immédiatement 30 cent. cubes d'extrait entérique glycériné, dont je me suis muni à tout hasard sur la description de la maladie qui m'a été faite (coliques et vomissements). Je quitte le malade, qui habite la campagne, pour aller chercher les aides et le matériel nécessaire à l'opération. Trois heures après, je suis frappé de l'aspect tout différent de mon futur opéré : le facies est bien meilleur, la langue moins sèche, la respiration plus ample et moins précipitée; le pouls surtout, quoique toujours rapide, est beaucoup plus plein et plus régulier, et les pulsations avortées ont presque absolument disparu. Il y a eu, depuis mon départ, deux mictions abondantes, alors que depuis deux jours les urines étaient extrêmement rares. Je pratique l'ouverture du phlegmon, l'ablation en masse d'un énorme paquet de tissus sphacélés, et je fixe rapidement à la peau les deux bouts de l'intestin, peu confiant, je l'avoue, dans la durée de l'amélioration que je constate. J'injecte encore 10 cent. cubes d'extrait entérique et 500 grammes de sérum artificiel.

Le lendemain, la situation est bonne; ni vomissements, ni signes de péritonite; le ventre s'est dégonflé et assoupli; l'anus fonctionne bien. Urines très abondantes; le pouls se maintient à 90, plein et régulier. Le malade reçoit encore pendant deux jours 10 cent. cubes d'extrait entérique et

500 grammes de solution saline, et la convalescence se poursuit sans incident notable.

J'ai gardé l'impression très nette que mon intervention n'eût sans doute pu suffire à sauver ce malade, intoxiqué à l'extrême, si l'extrait entérique ne fût venu neutraliser au moins partiellement le poison qui saturait l'organisme, et donner un coup de fouet à la résistance vitale déjà fort compromise. Les modifications profondes qui se sont rapidement produites dans l'état de la circulation et du cœur furent, notamment, très remarquables, alors surtout que je n'avais pu recourir encore aux transfusions salines pour laver l'organisme. Il convient de noter aussi la diurèse, qui s'établit chez un sujet presque anurique depuis deux jours, précédant, elle aussi, toute hypodermoclyse.

Un second cas, bien que suivi de mort par la seule faute de la famille, m'a paru tout aussi probant.

Obs. II (résumée). — Je suis appelé un soir auprès d'un garçon de six ans, atteint depuis trois jours de coliques incessantes, qui vomit presque constamment, n'a pas été à la selle depuis cinq jours pleins. Les vomissements ne sont pas nettement fécaloïdes, et quelques gaz passent encore. Mais on perçoit dans le flanc droit *une tumeur boudinée*, longue d'environ 15 centimètres; rien dans la fosse iliaque droite. Le ventre est ballonné, la défense musculaire énergique. La température ne dépasse pas 37°2, et les extrémités sont moites et froides; il y a de la congestion pulmonaire, et un pouls petit et rapide.

Le diagnostic d'*invagination intestinale* de date récente est facile à établir, et je pratique aussitôt l'entéroclyse à l'aide d'un canule souple et longue, qui pénètre de 30 centimètres au moins dans l'intestin. Deux litres et demi d'eau bouillie chaude sont injectés sans résultat.

Le lendemain matin, la situation a empiré; le pouls, petit et mou, ne dépasse pas 100, mais l'arythmie cardiaque s'installe : une pulsation manque de temps à autre; la pupille est resserrée à l'extrême, et il y a eu des convulsions dans la nuit. Une nouvelle entéroclyse pratiquée avec de l'huile n'amène pas la débâcle, et je propose aussitôt la laparotomie, qui, malgré mes très vives instances, est formellement refusée par la famille. Après avoir décliné toute responsabilité au sujet des suites possibles et probables de cet entêtement, j'injecte au malade, par acquit de conscience, 20 cent. cubes d'extrait entérique glycériné; glace sur le ventre en permanence. Le soir, les vomissements ont continué; les gaz ne passent plus, mais le pouls est tombé à 90 et l'arythmie a disparu; les urines sont beaucoup plus abondantes que la veille. Température 37°,4. Nouvelle injection de 10 cent. cubes, et 500 grammes de sérum artificiel. Nuit assez mauvaise, mais sans convulsions.

Le lendemain, ventre vraiment énorme. Rien ne passe, et le ballonne-

ment est tel qu'il masque absolument la tumeur. Pouls à 95, assez bien frappé et régulier. 20 cent. cubes d'extrait le matin, 10 cent. cubes le soir, et 500 grammes de sérum artificiel.

La situation se maintient encore trente-six heures, et, à ma grande surprise, le faciès et l'état général semblent beaucoup s'améliorer, les symptômes d'occlusion restant les mêmes. La famille se félicite de plus en plus de ses résolutions abstentionnistes, lorsque *très brusquement* la situation change : il survient du subdélire et de l'hypothermie (36°,7); le pouls passe à 140, absolument filiforme et très difficile à compter. Bref, une péritonite aiguë emporte le malade en quelques heures.

Malgré ce dénouement, les heureux effets de l'extrait entérique ne m'ont guère semblé douteux; l'empoisonnement stercorémique, déjà bien commencé lors des premières injections, a pu être enrayé assez complètement pour donner à l'entourage des espérances injustifiées jusqu'à l'heure où la perforation intestinale apportait une solution depuis longtemps prévue.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les propriétés thérapeutiques que j'ai cru reconnaître à l'extrait entérique dans l'*occlusion intestinale*. Certes, une expérimentation clinique plus étendue s'impose, avant de formuler des conclusions définitives. Comme toute médication, celle-ci aura sans doute ses insuccès dans certains cas que l'on saura peut-être prévoir et déterminer d'avance; peut-être aussi le mode d'obtention de l'extrait organique pourra-t-il se perfectionner, donnant à la fois un produit de préparation plus facile et d'action plus énergique[1]. D'ores et déjà toutefois, la méthode paraît digne d'entrer, au moins à titre d'essai, dans la pratique chirurgicale, puisqu'elle est inoffensive, et semble avoir une action nette sur l'un des facteurs morbides que l'on n'avait pu jusqu'ici directement combattre, l'empoisonnement stercorémique, devant lequel échouèrent trop souvent les méthodes les plus rationnelles et les interventions les plus habiles.

1. Les considérations théoriques déjà énoncées suffisent à montrer qu'il faudra, pour obtenir un effet thérapeutique réel, injecter à *doses massives* l'extrait entérique. Outre que l'étendue relativement considérable de la muqueuse répartit évidemment sur une très large surface la sécrétion des antitoxines, diminuant en quelque sorte la « densité de fabrication » en chaque point, au lieu de la concentrer dans un organe de petit volume (ovaire, capsules), c'est vraisemblablement une grande partie de l'intestin, physiologiquement frappée par inhibition réflexe, qu'il faut suppléer dans ses fonctions de défense. Aussi pourra-t-il être nécessaire d'atteindre des doses assez considérables en vingt-quatre heures; 50 cent. cubes d'extrait glycériné, représentant un même poids de muqueuse, ou leur équivalent, n'ont rien d'extraordinaire, et la tolérance est en général parfaite.

LE CANCER DU GROS INTESTIN

RECTUM EXCEPTÉ

Par R. DE BOVIS,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Reims,
Chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

(*Suite* [1]).

5. *Techniques opératoires* : α) *exclusion de l'intestin* (*eliminatio intestini*, « *Ausschaltung* »). — Cette opération, proposée par Salzer [2], exécutée par Hochenegg, Frank, von Eiselsberg et von Baracz, consiste à « éliminer » de la circulation intestinale l'anse malade, tout en pratiquant au-dessous d'elle soit une entéro-anastomose, soit une entérorraphie. Soit, par exemple, un cancer du côlon ascendant : on peut sectionner l'iléon et le transverse, suturer ensemble ces deux derniers, puis fermer les deux bouts du côlon ascendant, qu'on abandonne dans le ventre : *exclusion totale* (von Baracz); on peut encore aboucher le cæcum à la peau, ou bien ne couper que l'iléon, qu'on implante dans le côlon, ou encore placer une simple ligature sur l'iléon et anastomoser ensuite ce dernier avec le côlon. Ce sont autant d'*exclusions partielles*.

Pour nous faire mieux comprendre et pour mieux juger le procédé, nous résumons la méthode suivie dans le petit tableau suivant : on y verra d'ailleurs, que *la paternité de l'exclusion partielle remonte à Jessett* [3], qui n'oublia qu'une chose, lui donner un nom.

Dans le tableau ci-contre, nous voyons d'abord 3 observations (Jessett, Borelius, Sargnon) qui, baptisées, à bon droit cependant, du nom d' « exclusion », ne sont après tout que des entéro-anastomoses un peu compliquées. L'anse malade reste en communication avec le gros intestin par son extrémité rectale : par contre, on coupe et on suture son extrémité intestinale. On y gagne que les matières cessent de charrier le long du cancer, mais l'entéro-anastomose se trouve

1. Voir les numéros de juin, juillet et août 1900.
2. Salzer, 1892 (voir Index bibl.).
3. Jessett, 1891.

compliquée par l'exécution d'une deuxième suture intestinale. Le bénéfice nous paraît maigre et le danger opératoire un peu plus

Tableau des «exclusions» pratiquées dans le cancer de l'intestin.

ANNÉE	AUTEUR	SIÈGE	OPÉRATION	SUITES
1891	Jessett.	Cæcum.	Section de l'iléon et implantation de celui-ci dans une boutonnière faite au côlon.	2e jour. Apparition d'un gros abcès de la paroi: mort de septicémie. Pas de détails nets sur la cause de cet abcès.
1895	Friele.	Côlon descendant.	1° Anus artificiel pour accidents d'occlusion intestinale (sur le côlon ascendant). 2° Opération de l'exclusion pour cure de l'anus artificiel: le côlon transverse est coupé et suturé avec l'S iliaque, sectionnée elle-même au-dessous de la tumeur. L'anse malade est fermée à ses deux bouts.	Deux opérations plastiques et une resection ultérieure du côlon ascendant, amenant enfin la fermeture de l'anus artificiel. Mort d'occlusion intestinale (adhérence et coudure de l'intestin) 2 mois 1/2 après l'exclusion : on trouve 50 gr. de liquide fécaloïde dans l'anse exclue.
1895	Becker. (obs. V).	Cæcum.	Il existe déjà une fistule fécale, section des deux bouts de l'anse malade, que l'on ferme, et entérorraphie circulaire pour rétablir la continuité de l'intestin.	Mort par péritonite : les sutures semblent avoir été insuffisantes.
1895	Borelius.	Côlon ascendant.	Section de l'iléon qu'on implante dans une boutonnière du transverse.	Guérison, malgré petit abcès fécaloïde.
1896	von Eiselsberg. (obs. I).	Cæcum.	Exclusion totale du cæcum : entérorraphie, circulaire des anses afférentes (iléon et côlon). Fixation de l'anse exclue à la peau.	4e jour. Symptômes d'inflammation; on ouvre l'abdomen et l'anse exclue : issue de matières fécaloïdes. Fistulette consécutive qui devient plus tard cancéreuse. Mort de cachexie, 11 mois après l'opération.
1895	Sargnon.	Cæcum.	Section de l'iléon qu'on implante dans le transverse. Le bout iléal attenant à la suture est fermé. L'implantation a été faite avec le Murphy.	Guérison. Expulsion du bouton le 20e jour.

grand, d'autant plus que l'entéro-anastomose vulgaire, comme nous le verrons, fonctionne généralement très bien. D'ailleurs sur ces 3 cas, il y a une mort, et bien que nous en ignorions le détail, cet abcès, survenu dès le deuxième jour après l'opération, ne nous dit rien qui vaille.

Les trois cas restants (Friele, Becker, von Eiselsberg), contiennent aussi une mort. Cette mort, il est vrai, affecte peu la méthode, mais l'*histoire des malades suffit, nous pensons, pour dégoûter le chirurgien de l' « exclusion totale », et même de l' « exclusion partielle », appliquées au cancer de l'intestin.* Ailleurs, elle est peut-être susceptible de rendre service.

On sait que von Baracz lui-même est revenu — au nom de l'*expérimentation* seulement, par bonheur — de son enthousiasme pour l'exclusion totale. Il a fini par penser qu'elle pourrait être dangereuse. Ce que nous voyons dans les observations ci-contre ne fait que confirmer ce prudent retour en arrière.

Dans le cas de Friole, on fit une exclusion totale; à l'autopsie, on trouva dans l'anse exclue 50 grammes environ de liquide fécaloïde; c'est peu si l'on veut, mais que serait-il arrivé si le malade, au lieu de succomber à l'occlusion intestinale, quelques semaines après l'opération, avait survécu plus longtemps? Il serait peut-être arrivé ce qui arriva le lendemain même, dans le cas d'Eiselsberg : l'anse se perfora. Mais ce dernier chirurgien avait eu la prudence, n'ayant pu suturer à la peau les bouts trop courts de l'anse exclue, de fixer le cæcum (anse exclue) à la paroi; la perforation ne donna lieu qu'à un phlegmon *stercoral*, puis à une fistulette. Avec une anse fermée et abandonnée en plein ventre, c'était peut-être une péritonite mortelle.

Il est d'ailleurs contraire à toute logique chirurgicale de laisser absolument close une cavité sécrétante et *suppurante*; car on ne peut supposer qu'une anse cancéreuse va s'atrophier et que la muqueuse ne s'ulcèrera jamais.

Il est vrai qu'on a la ressource de l'exclusion partielle, mais où est l'avantage alors? Le malade se trouve avoir une fistule!

Cette fistule, il est vrai, sécrète moins que celle de l'anus contre nature... Elle n'en constitue pas moins une infirmité que ne laisse pas l'entéro-anastomose classique.

Les partisans de l' « exclusion partielle » pourraient se rabattre alors sur l'avantage qu'il y aurait à laisser au repos une anse cancéreuse. Mais cet avantage, très problématique, puisque le malade de von Eiselsberg n'a survécu que onze mois, pourrait se payer tellement cher qu'il n'en fût plus un. Pour une simple opération pallia-

tive, laissant une fistule, on irait exposer son malade aux dangers d'une quadruple ligne de sutures intestinales! Et ce danger est si peu fictif, que le malade de Becker en est mort.

Qui voudrait encore s'exposer, comme le malade de Friele, à une « exclusion totale », naturellement suivie d'entérorraphie, puis à une résection intestinale de l'anse sur laquelle siégeait l'anus contre nature? Tout ça pour garder un cancer dans le ventre!

Si nous nous sommes ainsi étendus sur l' « Ausschaltung », c'est que nous ne voulons plus avoir à en parler, quand il nous faudra choisir un procédé ou une méthode de traitement. Nous espérons que ce qui vient d'en être dit démontre clairement que *la méthode est dangereuse en elle-même et par les complications techniques (entérorraphies) qu'elle nécessite*; que, de plus, *elle ne semble présenter aucune supériorité sur les autres traitements palliatifs du cancer de l'intestin*[1].

β. *Entéro-anastomoses proprement dites.* — Parmi les entéro-anastomoses, les unes ont été faites à l'aide de plaques de Senn, les autres avec le Murphy, d'autres enfin, par la méthode des sutures.

Les *plaques de Senn* ont été employées 3 fois[2] seulement : c'est trop peu pour en tirer quelque conclusion. Nous dirons simplement, comme la plupart des chirurgiens contemporains, que le procédé n'est pas très expéditif, qu'une bonne suture est presque aussi facile, aussi rapide et beaucoup plus sûre, et qu'en tout cas le bouton de Murphy peut les remplacer très avantageusement.

Nous n'avons plus qu'à étudier quels ont été les mérites ou les inconvénients respectifs de la *suture* et du bouton de *Murphy*.

Le *bouton anastomotique* a été employé 14 fois : il y a eu 4 morts, et 3 sont imputables à la méthode, puisqu'il s'agissait de :

Nécrose de l'intestin.....	1 fois
Obstruction du bouton.....	2 fois[3]

En plus de ces 4 accidents mortels, nous trouvons 3 cas[4], où le bouton ne fut pas expulsé.

1. Au Congrès internat. de Moscou (1897), *von Eiselsberg* dit (d'après le *Centralbl. f. Chir.*) avoir eu 3 morts sur 6 cas d'Ausschaltungen pour cancer. Il s'agit ou bien de cas inédits ou bien d'entéro-anastomoses avec implantation, car nous n'avons pu retrouver ces 6 cas dans les publications de l'auteur, même les plus récentes. En tout cas, cette statistique n'est pas en faveur de la méthode.

2. Littlewood, 1892; Elliott, 1894; R. Morrisson, 1895.

3. Il s'est glissé ici une petite erreur. Dans l'un de ces deux cas la mort est imputée à une « paralysie de l'intestin, provoquée par les dimensions trop restreintes du bouton » (Chaput). Cet erratum n'altère cependant que peu ou pas ce qui suit.

4. Morton, 1895; Storp, 1898; Barrs et M. Robson, 1895.

Dans le premier (anastomose entre l'iléon et le côlon descendant pour cancer du cæcum), le bouton tomba dans le cæcum et fut trouvé à l'autopsie, trois mois après l'opération : il n'avait causé aucun accident durant ce temps. Dans le second (cancer de l'angle hépatique, anastomose entre l'iléon et le transverse), le bouton s'en vint encore dans le cæcum, et amena des douleurs ; sa présence fut découverte par la radiographie. On fit alors une entérectomie et le malade en mourut. Dans le troisième, le bouton se retrouva encore à l'autopsie, dans le cæcum : le malade était mort de pneumonie au douzième jour, sans présenter aucune complication.

Comme on le voit, le bouton de Murphy a la série noire dans l'entéro-anastomose. Des 3 cas de morts précités, il n'y a pas lieu peut-être de se trop préoccuper de celui où l'intestin a été nécrosé par le bouton ; si la suture ne nécrose pas, elle peut céder ou être insuffisante ; les inconvénients s'équivalent jusqu'à un certain point, comme nous le verrons. L'obstruction du bouton doit faire réfléchir davantage. Le fait s'étant montré ici deux fois, alors qu'il est rare ailleurs, nous nous demandons si l'obstruction ou l'occlusion, en favorisant l'accumulation des matières et la formation de scybales, ne serait pas une cause prédisposante de cet accident. Dans les deux cas dont nous parlons (Chaput, Vautrin), il y avait de l'obstruction depuis six jours dans le premier, de l'occlusion intestinale dans le second. Nous citerons aux entérectomies un cas clinique tout semblable (Rémy et Bouvet), où la même obturation du bouton s'observa : dans un autre de Seefisch — une entérectomie faite également en période d'« occlusion intestinale chronique » — les suites opératoires furent marquées par des phénomènes d'occlusion intestinale, qui cédèrent à des lavements élevés ; le bouton s'était peut-être bouché. Pour conclure ces remarques, nous dirons donc qu'*un certain nombre de faits semblent indiquer que le bouton de Murphy s'obstrue facilement, quand on l'emploie chez des malades en état d'occlusion aiguë ou chronique, et qu'en raison de cette considération son emploi doit être discret ou, du moins, étudié à ce point de vue spécial.*

Les anastomoses par la méthode des *sutures* ont été pratiquées dans 23 cas. Sur ces 23 cas, il y a deux morts de péritonite. La première (Comte, 1892) n'est probablement pas imputable aux sutures ; à l'autopsie, elles furent trouvées étanches ; mais la malade avait été opérée en pleine occlusion intestinale, et, pour réduire le paquet intestinal, il avait fallu ponctionner les anses : c'est à ce moment qu'a pu se faire la souillure du péritoine. Ce cas démontre encore tous les inconvénients de la laparotomie chez les cancéreux en état

d'occlusion. La seconde péritonite est due à ce que les sutures se laissèrent traverser; malheureusement l'autopsie ne put être que très sommaire. Il est étrange, en effet, que l'insuffisance des sutures ne se soit révélée dans ce cas (Hume, 1898, III), qu'au quinzième jour; aussi l'auteur se demande si la bouche anastomotique, un peu trop voisine du cancer, n'aurait pas été envahie par lui, d'où l'ulcération de la ligne de sutures.

Les sutures ont donc rendu de bons services dans l'entéro-anastomose; il semble que leur exécution soit plus facile que dans l'entérorraphie bout à bout. Le Murphy ayant, d'autre part, donné lieu à pas mal d'incidents ou d'accidents, *nous conclurions volontiers que la suture doit être préférée au bouton anastomotique dans l'entéro-anastomose, surtout s'il y a de l'occlusion.* Cette conclusion annihile la principale indication du Murphy : cas où il faut faire vite; et l'occlusion est de ceux-là... *Aussi, pour les raisons données, et à cause du petit nombre d'observations détaillées dont nous disposons, faisons-nous beaucoup de réserves quant à la légitimité de notre conclusion.*

Le *siège du cancer* est un grand obstacle à l'exécution de l'entéro-anastomose, quand c'est l'S iliaque qui est atteinte.

On comprend sans peine toute la difficulté d'une suture, faite tout au fond du bassin, entre le rectum et une anse quelconque du gros intestin ou de l'iléon. Les observations en sont si peu nombreuses qu'elles ont échappé à Wassilieff, Ullmann et Lardennois[1], qui se sont préoccupés d'inventer un manuel opératoire approprié à ce but. L'entéro-rectostomie a été pratiquée 2 fois, en ce qui concerne le cancer du gros intestin (Stimson, 1893; von Eiselsberg, 1897, VII) : on sutura le transverse au rectum; guérison dans les deux cas.

Mais les sutures, encore une fois, sont si incommodes au fond du bassin que la méthode du bouton paraît ici ce qu'il y a de mieux.

Le procédé de Lardennois constitue même un petit perfectionnement, qui semble très heureux. La pièce femelle, dont le bord est un peu tranchant, est introduite, montée sur une pince, par le rectum; on fait saillir la paroi antérieure de ce dernier qu'on incise alors jusqu'à la muqueuse. Il ne reste plus qu'à articuler avec la pièce mâle, préalablement insérée dans une anse mobile du côlon. Le tranchant du bouton a raison, pendant l'articulation, du petit rempart muqueux qui le recouvrait encore. Et on évite ainsi d'ouvrir deux fois l'intestin; il a suffi de le faire une fois pour le côlon; c'est une

1. Lardennois. *De l'anastomose entéro-rectale et de son exécution par le procédé de l'emporte-pièce* (*Rev. de gynéc. et chir. abd.*, avril 1899, p. 309).

chance de moins d'infecter le péritoine. La proximité de l'anus permet de compter sur une élimination facile et rapide du bouton.

A propos de son Observation III (1895), M. Chaput se demande s'il ne serait pas à propos d'oblitérer l'intestin grêle par une ligature placée au-dessous de l'entéro-anastomose, afin d'amener celle-ci à fonctionner bon gré mal gré. La ligature pourrait être remplacée par une sorte de fil en bourse, resserrant simplement la lumière intestinale : c'est une « Ausschaltung » partielle déguisée. Elle aurait son indication, quand on aurait lieu de supposer, par l'état des parties, que les matières pourraient ne pas prendre la voie qu'on leur a ouverte.

2° Suites opératoires et résultats éloignés. — Rien de bien saillant à noter dans les suites opératoires, en plus de ce qui a pu déjà en être dit à propos de l'élimination du bouton. Un peu de pus fétide ou non [1], une fistulette intestinale [2], un phlegmon [3], un ictère [4], et c'est tout. Dans un cas de Hume (1898, I) l'obstruction reparaît, grâce aux progrès de la tumeur; de même dans les cas de Friele et de R. Abbe [5], mais ici des adhérences en furent la cause.

Quant à la survie elle a été, pour 13 cas, de 6,4 mois en moyenne. La durée de l'existence pré-opératoire ayant été de 14,8 mois en moyenne, on peut en conclure, que l'*entéro-anastomose assure à l'opéré une existence totale de 21,2 mois, dont 14,8 avant et 6,4 après l'opération.*

Dans une observation dont nous ne connaissons pas les détails (E. Hahn [6]), le malade serait vivant et bien portant après cinq ans ; il s'agissait d'un cancer de l'intestin grêle. Mais était-ce bien du cancer?

C. Traitement radical. De l'Entérectomie.

Nous étudierons l'entérectomie sous les rubriques suivantes :

1° Entérectomies simples;

2° Entérectomies suivies d'anus contre nature;

3° Entérectomies en plusieurs temps;

4° Entérectomies compliquées;

5° Entérectomies par les voies naturelles.

1. R. Morrison, 1893; Hochenegg, 1895, I; Borelius, 1898, XI.
2. Von Eiselsberg, 1897, VII; R. Frank, 1897, VI; Diet (Boiffin), I.
3. Schiller, 1896, XXV. A propos des entérectomies, nous expliquerons ces fistules et phlegmons.
4. W. Meyer, 1888.
5. Friele, 1895; R. Abbe, 1889.
6. In Sörensen. *Ueber einige Fälle von stenosirenden Darmcarcinomen* (*Deut. med. Woch.*, 1899, n° 42).

IX. — ENTÉRECTOMIES SIMPLES.

SOMMAIRE.

DÉFINITION.

1° *Résultats immédiats — a). Mortalité post-opératoire* : statistiques et causes de la mort; la mortalité actuelle et réelle est de 40 p. 100; elle pourrait et aurait dû être sensiblement plus faible. *b*). Conditions qui influent sur la mortalité opératoire :
1. Morts accidentelles. — 2. État du malade au moment de l'intervention : l'absence d'obstruction ou d'occlusion est une condition de succès. — 3. Influence du siège de la tumeur : le pronostic est plus mauvais pour les cancers du côlon ascendant. — 4. Influence du sexe : supériorité très marquée de la femme. — 5. Techniques opératoires : α) du mode d'approximation intestinale : sutures et Murphy; β) du mode de rétablissement de la continuité intestinale; γ du drainage : il amorce les fistules stercorales, mais c'est une porte de sûreté; δ) particularités opératoires diverses.
2° *Suites opératoires et résultats éloignés.*

DÉFINITION. — Par entérectomies *simples* nous n'entendons nullement les entérectomies faciles, mais celles qui ont été *idéales* et qui, avant ou pendant l'opération, ne se sont distinguées par aucune complication spéciale et aggravante, telle que : fusion de la tumeur avec les parois, abcès étendus, fistules, adhérences intimes aux viscères voisins, obligeant à les réséquer eux-mêmes en partie, etc.. Tous ces cas ont été rejetés aux entérectomies compliquées.

Les 171 cas[1] que nous avons gardés ici représentent donc les cas de choix, mais parmi ces soi-disant cas de choix, on trouvera une résection du muscle transverse, soudé à la tumeur (Caird, inéd., II), une résection de 1m. 75 d'intestin (Comte, 1894), etc.

Tous ces cas d'entérectomies *simples* se sont également terminés par le rétablissement de la continuité du tube digestif.

On retrouvera dans un autre groupe ceux dans lesquels il n'a pu en être ainsi.

a) *Mortalité post-opératoire*; *statistiques*. — Ces 171 cas de résection ont donné 54 morts, autrement dit, une mortalité de 31,5 0/0 Si l'on s'adresse aux *statistiques intégrales ou semi-intégrales*[2], on trouve 104 résections avec une mortalité de 38,4 0/0 (40 morts); ce chiffre de 38,4 0/0 est déjà très approché de la *mortalité réelle*.

1. Non compris le cas d'Angelesco, dont le résultat opératoire n'est pas donné.
2. Nous nous sommes déjà expliqué plusieurs fois sur la signification du mot « semi-intégrale ». Nous entendons par là les publications qui *semblent* résumer la pratique de l'auteur.

TABLEAU VII. — **Entérectomies simples** [1].

Année de la publication	Auteur	Guérisons	Morts	Causes de la mort	Drainage	Fistules, abcès, etc.	Mode d'entérorrhaphie	État clinique lors de l'opération	Siège	Sexe	Durée de l'existence : Pré-opératoire	Durée de l'existence : Post-opératoire
1879	Güssenbauer.....	»	1	Septicémie.	1	»	Circulaire.	»	D.	H.	9 mois.	»
1881	Köhler (Fischer).....	1	»	»	»	1	Circul. partielle. (anse fixée à la paroi)	O. I. ou Ob.	S.	F.	»	22 mois†.
1882	Treves.....	»	1	Pér. non ster.	»	»	Circul.-Lembert.	Obstr.	D.	H.	2 mois.	»
1884	Hauer (Billroth)*, V...	»	1	O. I. p. coud.	»	»	—av. pli de cong.	A froid.	C.	H	6 semaines.	»
—	— VI...	1	»	»	1	1	Circulaire.	—	T.	F.	12 ans.	9 mois.
—	Observ. en appendice..	1	»	»	1	»	Circ. avec pli de congruence.	—	C.	H.	3 mois.	»
1885	Bergmann*.....	1	»	»	nié	»	—	Constip.	C.	H.	12 mois.	6 mois.
—	Hofmokl*.....	1	»	»	»	1	Circulaire.	Crises.	C.	F.	12 mois.	»
—	Sidney Jones.....	»	1	Périt. sutures insuffisantes.	»	»	Circ.-Fixation de l'anse à la paroi	Constip.	A. hép.	F.	6 mois.	»
—	Schramm.....	»	1	Néc. de l'int.	»	»	Circulaire.	—	A.	H.	»	»
1886	Lange*.....	»	1	Péritonite.	»	»	—	Bon.	A. hép.	F.	»	»
1887	Bassini.....	1	»	»	»	»	Sut. avec invagin.	Crises.	V.	H.	5 mois.	»
—	Horteloup.....	»	1	Pér. sut. ins.	nié	»	Circ. par invag.	—	S.	H.	7 mois.	»
—	Pavlovf, II.....	1	»	»	»	1	Circulaire.	Constip.	App.	F.	22 mois.	»
1888	Bouilly.....	1	»	»	»	1	—	—	C.	F.	5 ans?	9 mois.
—	Fenger*.....	»	1	Collaps.	»	»	Anastomose : Plaques de Senn.	A froid.	C.	H.	6 mois.	»
—	Hofmokl*.....	1	»	»	nié	»	Circulaire.	Crises.	A.	F.	»	»
1889	K. Franks*,.....	1	»	»	»	»	—	Constip.	T.	H.	12 mois.	4 ans 1/2.
—	Pitts*.....	»	1	?	»	»	—	—	V.	?	»	»
1890	Knig*, I	»	1	Collaps.	»	»	—	Crises.	V.	F.	Cancer 2re.	»
—	— II..... ..	»	1	Péritonite.	»	»	—	Constip.	T.	F.	»	»
—	Lauenstein.....	1	»	»	»	»	—	Obstr.	C.	H.	3 mois.	»
—	L. Michel (Rosenberger)	1	»	»	1	1	—	Constip.	C.-A.	F.	»	13 mois.
—	Senn*, I.....	1	»	»	nié	»	Anast. et plaques.	Obstr.	V.	H.	26 mois.	3 m. (réc.)
—	— II	»	1	Périt. sterc.	»	»	—	A froid.	C.	F.	»	»
—	Schede.....	1	»	»	»	»	—	—	D.	F.	»	»
—	af Schultén.....	1	»	»	nié	1	Circulaire.	Diarrhée.	C.	H.	5 mois.	5 mois 1/2.
1891	von Baracz*, IV.....	»	1	Collaps.	1	»	—	Crises.	V.	H.	3 mois.	»
—	Péan.....	»	1	?	»	»	—	Constip. et vertige.	C.	F.	7 mois.	»

—	— XIV	»	1	Péritonite.	nié	»	—	Constip.	C.	F.	8 mois.	»
—	— XIX	1	»	»	1	1	—	—	C.	H.	»	»
—	— XXI	»	1	Périt. sterc.	nié	»	Wölfler-Czerny.	A froid.	C.	H.	5 mois.	6 mois†.
—	— XXIII	»	1	Mort compl. et O. I.	1	»	Czerny-Lembert.	—	C.	H.	3 mois.	»
—	O. Bloch*, II	»	1	Péritonite.	1	»	—	Ascite, cachex.	C.	H.	»	»
—	R. Frank*, III	1	»	»	»	»	Circulaire.	A froid.	S.	F.	5 mois.	»
—	Hartley	1	»	»	»	»	Maunsell.	Constip.	T.	F.	5 mois.	»
—	Matlakowski*, I	1	»	»	»	»	Circulaire.	—	S.	F.	1 mois.	2 mois.
—	Quintar* (Braun), I	1	»	»	»	»	—	A froid.	V.	H.	36 mois.	24 mois.
—	— II	»	1	Collaps.	1	1	Czerny-Lembert.	Crises.	D.	F.	6 mois.	12 mois.
—	— III	»	1	Col. (métast.)	nié	»	—	Constip.	A.	H.	11 mois.	»
1893	Th. Anger	1	»	»	1	1	Circul. avec pli de congruence.	Obstr.	T.	H.	12 mois.	»
—	F. Dumont	1	»	»	»	1	Circulaire.	Crises.	V.	F.	24 mois.	3 mois.
—	R. Frank*, I	1	»	»	nié	»	Circul. avec pli de congruence.	—	C.	H.	12 mois.	3m.1/2(réc.)
—	— II	1	»	»	nié	»	—	Obstr.	C.	H.	21 mois.	6 mois.
—	H. Gilford	1	»	»	1	1	Circulaire.	—	C.	H.	12 mois.	»
—	Haasler*	1	»	»	1	1	—	A froid.	App.	F.	7 mois.	6 mois.
—	Kosinsky*, III	1	»	»	»	»	—	Crises.	V.	F.	36 mois.	12 mois.
—	— XII	1	»	»	»	»	—	Constip.	A. spl.	F.	»	8 ans.
—	— XIII	1	»	»	»	»	—	—	T.	F.	»	»
—	— XVI	»	1	Gang. pulm.	»	»	—	—	C.	F.	»	Pér. pur. † 36 j. apr. l'op.
—	— XIX	1	»	»	»	1	—	—	A.	H.	»	»
—	— XXIII	»	1	Périt. sterc.	»	»	—	—	A.	H.	»	»
—	— XXIV	»	1	Mort subite.	»	»	—	—	A. spl.	H.	»	»
—	Lange	1	»	»	1	»	Circ.-Fixat. de l'int. à la paroi	Constip.	C.	H.	»	»
—	Lowson	1	»	»	1	»	Plaques de Senn et anast.	A froid.	S.	H.	9 mois.	8 mois.
—	Rindfleisch (Czerny*, III	»	1	Collap. périt.	»	»	Circulaire.	Constip.	A.	H.	8 mois.	56 mois.
—	— IV	»	1	Péritonite.	nié	»	Circul. avec pli de congruence.	Ascite.	C.	H.	14 mois.	»
—	— VI	»	1	Collaps.	1	»	—	Crises.	A.	H.	36 mois?	»
—	— IX	1	»	»	»	»	Circulaire.	—	C.	H.	12 mois.	»
—	— X	1	»	»	»	»	—	—	..	F.	6 mois.	21 mois†.
—	Tchouprov (Skliphossovsky)	1	»	»	»	»	Anastomose.	—	V.	F.	Cancer 2re.	10 a. 5 m.
										H.	36 mois.	»

TABLEAU VII (Suite).

ANNÉE de la publication.	AUTEUR	GUÉRISONS	MORTS	CAUSES DE LA MORT	DRAINAGE	Fistules, abcès, etc.	MODE D'ENTÉRORRAPHIE	ÉTAT CLINIQUE LORS DE L'OPÉRATION	SIÈGE	SEXE	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE
1893	Treves	1	»	»	nié	»	Circulaire.	Obstr.	S.	F.	17 mois.	»
—	Veliaminovf*	»	1	Septicémie sans périton.	1	1	—	—	C.	F.	10 ans.	»
1894	Becker*-Trendelenburg XI	1	»	»	»	»	—	Crises.	S.	H.	»	1 mois †.
—	— XXVIII	1	»	»	1	1	—	Constip.	S.	F.	36 mois.	12 mois.
—	— XXXII	1	»	»	1	1	—	A froid.	C.	H.	1 mois 1/2.	1 mois 1/2.
—	— XXXVI	1	»	»	1	1	—	Constip.	V.	H.	»	»
—	Chavannaz* (Desmons).	1	»	»	»	1	—	A froid.	A.	F.	36 mois.	»
—	Comte*	1	»	»	»	»	—	—	?	F.	»	»
—	Horrocks	1	»	»	1	»	Circulaire sur tube de Paul.	Obstr.	C.	F.	12 mois.	»
—	Ilott	1	»	»	1	1	Plaques de Senn et anastom.	Crises.	C.	F.	6 mois.	53 mois.
—	W. Meyer	1	»	»	»	»	Circul. Murphy.	—	C.	H.	7 mois.	2 m. 1/2†.
—	Nimier*, XIV	»	1	Collaps.	»	»	Circulaire.	O. I.	D.	H.	»	»
—	Obalinsky*, L.	»	1	Périt. sterc.	»	»	—	Obst. ou O. I.	S.	F.	3 mois.	»
—	Plettner	1	»	»	»	»	Circul. Murphy.	Crises.	A.	F.	3 mois.	»
1895	Bier*, XII	»	1	Collaps.	»	»	Lembert à 1 plan.	Cachexie.	C.	H.	24 mois.	»
—	— XIII	1	»	»	»	»	—	Obstr.	T.	F.	5 à 6 mois.	3 à 4 mois.
—	Brenner*, III	1	»	»	1	»	Implantat. en T. Murphy.	Crises.	A.	H.	6 mois.	»
—	W. Cheyne	1	»	»	»	»	Maunsell-Circul.	Obstr.	T.	F.	»	»
—	Hamilton*	1	»	»	»	»	Circulaire.	—	T.	H.	»	»
—	Körte*, VI	1	»	»	1	1	Implant. en T.	A froid.	C.	H.	12 mois.	12 mois.
—	— XIV	1	»	»	1	1	—	Crises.	A.	H.	26 mois.	2 mois.
—	Owen	»	1	Pér. : sut.?	»	»	Circul. Murphy.	Obstr.	A.	H.	48 mois.	»
—	Paul*, I	»	1	Sut. insuf.?	»	»	Sut. par invag.	O. I.	S.	F.	»	»
—	— III	»	1		»	»	—	Crises.	C.	H.	12 mois.	»
—	M. Robson*, I	1	»	»	»	»	Sut. sur bob. os.	Obstr.	D.	F.	9 mois.	»
							Circul. Murphy.	Cicatrice.	A.	H.	»	»

	[illegible], XV	»	1	Perf. Murphy.	1	»	Circul. Murphy.	A froid.	A.	F.	20 mois.	»
—	Graff*, XVI	»	1	Coll. Cancér.	1	»	—	Obstr. lég.	A. hép.	F.	9 mois.	»
—	— XVIII	1	»	»	»	»	—	Cachexie.	—	F.	6 mois.	10 mois.
—	— XIX	1	»	»	nié	»	—	Diarrhée.	C.	F.	3 mois.	»
—	Heidenhain	1	»	»	»	»	Impl. latér.	—	C.	H.	»	O. I. 2re.
—	Homans	1	»	»	»	»	Résect. partielle.	Douleurs.	C.	F.	3 mois.	»
—	Keetley*, II	»	1	Collaps.?	»	»	Anast. Plaque de Senn.	Cachexie.	A. spl.	H.	»	»
—	Schiller (Czerny)* I	1	»	»	»	»	Circulaire.	Crises.	S.	H.	18 mois.	42 mois.
—	— II	»	1	Nécr. intest.	1	»	—	Constip.	V.	H.	12 mois.	»
—	— IV	1	»	»	1	»	—	—	S.	H.	9 mois.	14 mois.
—	— V	1	»	»	1	»	—	A froid.	C.	H.	2 mois.	13 mois 1/2.
—	— VI	»	1	Péritonite.	»	»	—	Constip.	T.	H.	11 mois.	
—	— VII	»	1	Pér. stercor. due à Murph.	1	1	Anast. Murphy.	—	C.	H.	15 mois.	»
—	— VIII	»	1	Péritonite.	1	»	Circulaire.	Diarrhée.	C.	H.	24 mois.	»
1897	Angelesco (Périer)	»		»	»	»	Anast. Murphy.	O. I.	D.	H.	»	»
—	Belin	»	1	Hématémèse.	»	»	Anastomose.	Crises.	C.	H.	48 mois.	»
—	Djémil-Pacha	1	»	»	1	1	Circulaire.	Constip.	T.	H.	Sarcome 2re.	12 mois.
—	von Eiselsberg*, IV	»	1	Collaps.?	»	»	Circul. avec pli de congruence.	Diarrhée.	A.	H.	18 mois.	»
—	— V	1	»	»	nié	»	Circulaire.	P. de const.	C.	F.	12 mois.	»
—	U. Guinard	1	»	»	»	1	—	—	A. spl.	F.	6 mois.	»
—	Hahn*, V	1	»	»	»	»	Circul. Murphy.	—	A. hép.	H.	»	»
—	— VI	1	»	»	1	1	Implant. en T. Murphy.	A froid.	C.	H.	9 mois.	»
—	Hochenegg*, I	»	1	Collaps.	»	»	—	O. I.	A. spl.	H.	»	»
—	Julliard*, I	1	»	»	nié	1	Implant. en T.	Crises.	C.	H.	»	»
—	Körte	1	»	»	»	»	—	Obstr.	S.	H.	»	»
—	Lejars	1	»	»	»	»	Circul. Murphy.	—	V.	F.	24 mois.	»
—	Palleroni (Tansini)	1	»	»	1	»	Circulaire.	Constip.	C.	F.	9 mois.	»
—	Pétroff*, I	1	»	»	1	»	Iléo-colorraphie en bourse.	—	C.	H.	12 mois.	»
—	— II	1	»	»	»	»	—	—	A. hép.	H.	5 mois.	»
—	— III	»	1	Collaps.	»	»	—	Cachexie.	C.	F.	7 mois.	»
—	Rafin	1	»	»	1	»	Implant. en T.	Douleurs	C.	F.	3 mois.	»
—	Rolleston-Shield	1	»	»	1	1	Circulaire.	P. d'obstr.	V.	F.	7 mois.	»
—	Seelisch	1	»	»	»	»	Implant. en T. Murphy.	Obstr. chr.	A. hép.	F.	»	3 mois.
—	Storchi*. I	1	»	»	1	»	Circulaire.	Douleurs.	C.	H.	6 mois.	12 mois.
—	— II	1	»	»	1	»	—	Obstr.	V.	H.	3 mois.	»
—	Tcherniadovsky (Bornhaupt).	1	»	»	»	»	—	A froid.	C.	H.	»	»

TABLEAU VII (Suite).

ANNÉE de la publication.	AUTEUR	GUÉRISONS	MORTS	CAUSES DE LA MORT	DRAINAGE	Fistules, abcès, etc	MODE D'ENTÉRORRAPHIE	ÉTAT CLINIQUE LORS DE L'OPÉRATION	SIÈGE	SEXE	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE
1897	Vautrin	1	»	»	1	1	Circulaire.	A froid.	C.	H.	»	»
1898	Bœckel*, II	1	»	»	nié	1	—	Douleurs.	A. spl.	F.	24 mois.	»
—	— III	»	1	Périt. canc.	»	»	Implant. en T.	Cachexie.	C.	F.	7 mois.	»
—	Benissovitch	1	»	»	1	»	Anast. avec pl. de pomm. de t.	Constip.	S.	H.	3 mois.	»
—	Frantzke*(Vassilievf),III	1	»	»	»	1	Circulaire.	Diarrhée.	C.	H.	12 mois.	3 mois.
—	Goutcharovf	1	»	»	»	»	—	Constip.	A.	F.	»	18 mois.
—	Hume*, V	1	»	»	1	1	Anastomose.	Obstr.	T.	F.	24 mois.	18 mois.
—	Hüttl	1	»	»	»	»	Suture par invag.	—	C.	H.	»	»
—	Jonnescu	1	»	»	»	»	Circulaire.	Cachexie.	T.	H.	»	»
—	Knaggs	1	»	»	1	1	Circul. Murphy.	Crises.	T.	F.	18 mois.	7 mois.
—	Lilienthal	1	»	»	»	»	—	—	T.	H.	12 mois.	36 mois.
—	Mac Ewan	1	»	»	1	1	—	O. I.	A. hép.	F.	7 mois.	»
—	Smoler (Güssenbauer)	»	1	Péritonite.	»	»	—	—	C.	H.	»	»
—	Tédenat	1	»	»	»	»	—	Const. lég.	D.	H.	»	8 m. (cach.)
—	Tuttle	1	»	»	»	»	Implant. dans le rectum.	Constip.	S.	H.	»	»
1899	Borelius* (inédites), III.	1	»	»	»	»	Circulaire.	—	S.	F.	5 mois.	»
—	— IV.	1	»	»	»	»	—	Diarrhée.	S.	H.	48 mois.	4 mois.
—	— V.	1	»	»	»	»	Implant. en T.	Constip.	A. hép.	F.	10 mois.	»
—	Carlson*, I	1	»	»	1	»	Circulaire.	—	D.	F.	3 mois.	5 mois.
—	— II	1	»	»	1	1	—	—	S.	F.	6 mois.	»
—	— III	»	1	Périt. sterc.	1	»	—	O. I.	S.	F.	6 mois.	»
—	Cedercreutz	1	»	»	nié	1	Anastomose.	Crises.	V.	F.	19 ans?	26 m. 1/2.
—	Frank	1	»	»	»	»	Murphy.	—	S.	H.	»	»
—	König*, I	1	»	»	»	»	Circulaire.	Obstr.	A.	F.	24 mois.	»
—	— II	1	»	»	»	»	—	—	A.	H.	24 mois.	»
—	Körte	1	»	»	»	»	Implant. en T.	O. I.	T.	H.	»	»
—	Lardennois (Broca) I	1	»	»	1	»	Circulaire.	A froid.	T.	H.	15 mois.	6 mois.
—	— (Chaput) II	»	1	Embolie.	1	»	Anast. Murphy.	Diarrhée.	V.	H.	24 mois.	»
—	— — III	»	1	Sept. Coll.	1	»	Circul. Murphy.	A froid.	A. spl.	H.	»	»
—	— (Delaunay) XXXVIII	1	»	»	1	1	Implant. en T.	Diarrhée.	C.	F.	2 mois.	18 mois.

1890	Tokarenko.....	1	»	»	»	1	Circulaire.	Crises.	C.	F.	36 mois.	6 mois†.
1900	Caird* (inédites) X....	1	»	»	»	1	Circul. avec pli de congruence.	Diarrhée.	V.	F.	21 mois.	7 ans.
—	— I....	1	»	»	»	»	—	Crises.	A.	F.	»	13 mois†.
—	— II....	1	»	»	1	1	Circulaire.	—	A.	H.	»	1 mois 1/2 (Pneumon.).
—	— III....	1	»	»	»	»	—	—	C.	H.	»	42 mois.
—	— IV....	1	»	»	»	»	—	—	S.	H.	»	5 mois†.
—	— VI....	»	1	Gangrène de l'intestin.	nié	»	—	—	C.	F.	»	»
—	Lennander* (inédite) II.	1	»	»	1	1	Anastomose.	Douleurs.	A.	H.	5 à 6 ans.	6 a. 3 m.
		—	—									
	TOTAUX.....	117	54									

Abréviations. — Elles sont les mêmes que dans le tableau des Entérostomies; il en existe quelques autres que le lecteur devinera facilement :

cancér. = cancérose.
coll. = collapsus.
réc. = récidive.
sept. = septicémie.

Mais, en un sujet aussi grave que l'est l'entérectomie, on ne se contente pas volontiers d'approximation. Nous avons donc recueilli les données des *statistiques uniquement intégrales*, et nous les avons partagées en deux séries, suivant que les malades avaient été opérés avant ou depuis 1889. Le tableau ci-contre en est le résumé. Nous voyons : 1° que, depuis les débuts de la période antiseptique, la résection de l'intestin appliquée au traitement du cancer de cet organe, a donné, jusqu'en 1889, une mortalité de 58,8 0/0; 2° qu'à l'heure actuelle, ou du moins, d'après l'expérience de ces dix dernières années, la *mortalité réelle est tombée* à 37,2 0/0.

Mortalité réelle de l'entérectomie avant et après 1889.
(Statistiques intégrales.)

ANNÉE DE LA PUBLICATION	AUTEUR	OPÉRATEUR	AVANT 1889		DEPUIS 1889	
			Nombre de cas.	Morts.	Nombre de cas.	Morts.
1884	Hauer.	Billroth.	3	1	»	»
1890	König.	König.	2	2	»	»
1891	Von Baracz.	Von Baracz.	»	»	1	1
1892	Salzer.	Billroth.	5	3	3	2
1892	O. Bloch.	O. Bloch.	»	»	1	1
1892	Matlakowski.	Matlakowski.	»	»	1	»
1892	Quintar.	Braun.	1	»	2	2
1893	Kosinski.	Kosinski.	1	»	6	3
1893	Rindfleisch.	Czerny	3	2	2	1
1894	Becker.	Trendelenburg.	»	»	4	»
1894	Obalinsky.	Obalinsky.	1	1	»	»
1895	Bier.	Bier.	»	»	2	1
1896	Graff.	Schede.	»	»	4	1
1895	Körte.	Körte.	»	»	2	»
1895	Ruepp.	Krönlein	1	1	»	»
1896	Schiller.	Czerny.	»	»	7	4
1897	Von Eiselsberg.	Von Eiselsberg.	»	»	2	1
1898	Frantzke.	Vassilief.	»	»	1	»
1899	Borelius (inédits).	Borelius (inédits.)	»	»	3	»
1899	Carlson.	Carlson.	»	»	3	1
1900	Caird (inédits).	Caird (inédits).	»	»	6	1
1900	Lennander (inéd.).	Lennander (inéd.).	»	»	1	»
	Total.....		17	10	51	19
	Mortalité pour 100.....		58,8		37,2	

Quelque progrès que marque ce chiffre, disons tout de suite que l'étude des faits et des observations montre qu'*on peut espérer* et qu'*il existe* des résultats bien meilleurs.

Causes de la mortalité post-opératoire. — Un coup d'œil sur les causes de la mort après l'entérectomie montrera déjà que notre opinion n'a rien d'excessif.

Elles se répartissent ainsi pour 51 cas, où elle sont indiquées ou présumables :

Collapsus indiqué ou probable		13
Septicémie ou péritonite (sans indiquer si elle est d'origine stercorale ou non)		12
Péritonite par insuffisance des sutures		9
Péritonite par nécrose de l'intestin privé de son mésentère		3
Nécrose de l'intestin par le Murphy et péritonite		2
Occlusion intestinale et péritonite (emploi du bouton de Murphy)		1
Occlusion intestinale par coudure de l'anse suturée		1
Collapsus et péritonite		1
Métastases cancéreuses (antérieures) et péritonite		1
Métastases (antérieures) et collapsus		2
Hémorragies opératoires abondantes, collapsus et thromboses du petit bassin		1
Gangrène pulmonaire	1	Divers 4
Mort subite	1	
Embolie probable	1	
Hématémèse foudroyante	1	
Mort complexe		1
Total		51

1. *Morts accidentelles.* — A voir figurer certaines causes de mort dans le tableau précédent on est étonné, et même un peu scandalisé, surtout quand on vient à lire les observations qui s'y rapportent.

Voici d'abord cette mort « complexe », mentionnée en fin de colonne. Elle concerne une malade de Billroth [1], qui mourut à la fois, pour ainsi dire, de pneumonie, de shock et d'occlusion intestinale; le néoplasme avait présenté des adhérences nombreuses, et l'autopsie montra des prolongements, des infiltrations, des métastases déjà anciennes, etc. Le seul état clinique de la malade eût désarmé tout autre opérateur que Billroth. Et cependant la malade survécut seize jours et put endurer encore au cinquième jour une entérostomie secondaire, établie en vue de son occlusion intestinale; primitive, elle eût peut-être bien mieux fait l'affaire.

Les cas semblables ne sont malheureusement pas isolés dans les statistiques de certains chirurgiens. L'énorme proportion de morts par collapsus, de sujets ayant des métastases, de morts subites par causes diverses, etc., prouvent surabondamment que *nombre de malades ont été opérés alors qu'ils n'étaient plus guère justiciables que d'opérations palliatives, si celles-ci se trouvaient indiquées.*

1. Salzer (Billroth), 1892, XXIII.

Une autre preuve d'un certain « emballement » est dans la *durée excessive* de quelques-unes de ces entérectomies « simples ». Dans un cas de Keetley (1896, II), par exemple, l'opération dura 3 heures et demie; l'auteur se console en rappelant, non sans humour, que pour atteindre le même résultat — la mort du malade, — von Bergmann[1] mit une fois 5 heures et demie.

Cependant la durée de l'acte opératoire a une importance moindre que certaines autres conditions. Si le malade de Keetley a succombé après 3 heures et demie d'opération, celui de Nimier (Billet), après 3 heures et quart et celui de Graff après 3 heures 20, nous voyons guérir les malades de Köhler, Hofmokl, König, après des opérations de 3 heures, et ceux de Fritz Dumont et Seefisch après 4 heures.

En résumé, sur ces 49 morts post-opératoires, nous en trouvons 21 imputables au collapsus, au shock, à la gravité trop grande de l'opération, etc. Nous pensons donc qu'un choix plus judicieux des cas à opérer aurait pu diminuer considérablement la mortalité opératoire.

Le même scrupule chirurgical aurait aussi une très heureuse influence sur les *morts par infection*. On sait que l'infection est fonction non seulement de la septicité du chirurgien et de causes diverses infectantes, mais encore du *trauma*, c'est-à-dire de manœuvres opératoires plus ou moins laborieuses, et *du temps*, c'est-à-dire de la durée des contacts. Voici par exemple, l'observation de Veliaminoff, dont la malade mourut de septicémie, et chez laquelle l'extirpation du néoplasme dut se faire par morcellement. On saisit tout de suite la valeur infectante d'une telle opération entreprise dans les conditions anatomiques où elle le fut. Ce n'est certainement pas en jetant son dévolu sur de tels malades qu'on peut relever le pourcentage de l'entérectomie.

Inutile d'ajouter qu'on ne devrait pas retrouver, dans une statistique opératoire, des *cancérosants*[2], c'est-à-dire des sujets en voie de généralisation. La seule excuse qu'on puisse faire valoir, c'est que le diagnostic n'en est pas toujours aisé, sinon ce serait de la folie. M. Le Dentu insistait encore récemment sur le danger des opérations graves chez les cancéreux. C'est donc le lieu d'appliquer le vieux dicton : « Dans le doute, abstiens-toi ».

2. *État du malade au moment de l'intervention.* — Nous ne parlons pas de l'anémie, de l'état général, du degré de cachexie, etc. Règle générale, tous les cancéreux de l'intestin sont à cet égard en

1. Ce cas se retrouvera aux entérectomies compliquées.
2. Quintar, 1892, III; Graff, 1896, XVI; Bœckel, 1898, III.

assez piètre état. D'ailleurs, il est assez difficile de comparer les observations les unes aux autres, à ce point de vue. Enfin, nous n'en tirerions, sans doute, qu'une vérité de notion vulgaire : que ce sont les moins malades qui résistent le mieux.

Nous ne parlerons donc que de l'état du malade au point de vue de l'*occlusion* ou de l'*obstruction intestinale*.

Sur les 171 observations du groupe actuel, nous n'en trouvons que 20 se présentant dans des conditions d'obstruction grave ou d'occlusion aiguë [1]. Ces 20 cas donnent 10 morts ou 50 0/0 de mortalité, près du double de celle de l'entérectomie en général [2].

Ce résultat était à prévoir, après ce que nous avons déjà remarqué à propos de l'anus contre nature et de l'entéro-anastomose. Les opérateurs s'en doutent aussi généralement, puisque nous ne trouvons que 20 cas semblables.

On pourrait objecter que ces 10 morts ne sont pas toutes dues à l'occlusion intestinale ; en effet, il y a sur ce nombre 4 péritonites dues à l'insuffisance de la coaptation intestinale. On en sera frappé, si l'on songe que, sur les 41 morts restantes du groupe (51 — 10), il y en a seulement 7 qui soient dues aux sutures ou au Murphy; mais l'étonnement cessera, et le fait paraîtra même assez naturel, si l'on songe aux difficultés de toute sorte que crée l'obstruction intestinale : anses dilatées se précipitant entre les doigts du chirurgien, parois distendues et amincies, nécessité de vider les anses intestinales, tension de ces dernières même après les ponctions, etc. Une bonne suture et la protection du péritoine deviennent alors bien difficiles.

Toutes ces difficultés ou toutes ces causes d'infection, ajoutées au collapsus, suffisent amplement à expliquer l'accroissement énorme de mortalité.

L'audace heureuse de quelques chirurgiens ne doit donc pas nous faire perdre de vue un principe, déjà universellement admis, que, l'entérectomie n'étant pas et ne devant pas être une opération d'urgence, doit être pratiquée « à froid ». L'observation rigoureuse de ce principe aurait encore sensiblement allégé la mortalité post-opératoire.

1. Köhler, 1881; Treves, 1882; Lauenstein, 1890; Senn, 1890, I; Quintar, 1892, III; Treves, 1893; Veliaminoff, 1893; Horrocks, 1894; Nimier, 1894; Obalinsky, 1894, L; Ullmann, 1895, I; Bier, 1895, XIII; Paul, 1895, I; Ruepp, 1895, XVII; Mac Ewan, 1898; Rémy et Bouvet, 1898; Hochenegg, 1897, I; Carlson, 1899, III; Körte, 1899.

2. Parlant de 20 cas choisis entre les 171, nous comparons naturellement leur mortalité à celle de ces derniers, et qui est, comme on l'a vu, de 31,5 p. 100.

3. *Influence du siège de la tumeur*[1].— La mortalité opératoire se répartit ainsi en ce qui concerne le siège :

Région cæcale.....	76 cas	26	morts ou	34,2	p. 100
Côlon ascendant.....	25 —	9	—	36	—
Transverse et angle.....	36 —	8	—	22,2	—
Côlon descendant.....	9 —	3	—	33,3	—
S iliaque.....	24 —	8	—	33,3	—
	170[1]	54			

Remarquons d'abord le petit nombre *de cancers de l'S iliaque*; ce sont ceux, en effet, qui offrent le plus de difficultés opératoires, au point de vue du rétablissement de la continuité du tube intestinal, quand il s'agit de la portion pelvienne. Ce sont eux aussi qui donnent le plus d'occlusions intestinales, comme nous l'avons déjà dit. On n'a donc opéré que les cas les plus favorables et ils tiennent cependant le second rang dans la mortalité, tout près des *cancers du côlon ascendant*. La première place qu'occupent ceux-ci, ils la doivent surtout à leur volume et à leurs adhérences; ils nécessitent alors des opérations très traumatisantes et très longues.

4. *Influence du sexe.* — L'entérectomie est l'occasion d'un véritable triomphe pour le sexe féminin[2]. La femme a près de deux fois plus de chances que l'homme de se tirer saine et sauve d'une résection intestinale.

Salzer en avait déjà fait la remarque à propos des statistiques de Billroth. Nous croyons que cette immunité relative de la femme s'étend à toute opération abdominale. Si elle a le péritoine si endurrant, cela vient de l'accoutumance phlegmasique ou semi phlegmasique que lui donne sa vie génitale; entre les menstrues, la grossesse et les moindres catharres salpingiens, sa séreuse finit par s'aguerrir infiniment mieux en tout cas que celle, hermétiquement close, de l'homme.

Hommes.....	93 résections avec 36 morts, ou 39,1 p. 100.
Femmes.....	76 résections avec 17 morts, ou 22,3 p. 100.

Nous n'avons pas parlé, pour les opérations déjà passées en revue (anus artificiel, anastomoses), de l'AGE. Les conclusions, qu'on en peut tirer, sont en effet dénuées d'intérêt : si « l'on a l'âge de ses artères », un cancéreux a surtout l'âge de son cancer et, de plus, en l'espèce, l'âge de son rétrécissement. Trop de causes secondes viennent donc modifier cette donnée de l'âge, pour qu'on puisse accepter d'une manière absolue les indications qu'elle semblerait fournir.

1. Siège ou résultat non indiqué dans deux cas.
2. Sexe non indiqué dans deux cas.

5. *Techniques opératoires.* — Comme nous l'avons fait pour l'entérostomie et l'entéro-anastomose, nous ne passerons en revue que les points principaux de la technique, ceux qui semblent jouer un rôle dans le résultat final. Nous parlerons ultérieurement des autres, ainsi que de la « préparation des malades ». Celle-ci est capitale, c'est vrai, mais elle est presque toujours observée : c'est donc un point acquis.

α. *Du mode d'approximation de l'intestin.* — Nous nous trouvons tout de suite en présence de deux grandes méthodes : les sutures à points et les sutures instrumentales (Murphy, plaques de Senn, etc.).

N'écrivant pas un traité de chirurgie intestinale, ce qui a été déjà fait, et par de plus compétents [1], nous ne décrirons pas et ne discuterons pas les innombrables procédés de réunion intestinale.

D'ailleurs, pour le cancer, ce sont les méthodes les plus usuelles qui ont été naturellement les plus employées; nous manquerions donc de documents pour apprécier les autres.

Sutures. — Elles ont été utilisées, avec des procédés divers, dans 140 cas [2]. Voici les morts d'origine péritonéale ou para-péritonéale qui s'y rapportent :

Septicémie sans péritonite	2
Nécrose de l'intestin privé de son mésentère	3
Péritonites par insuffisance des sutures	9
Occlusion intestinale par coudure de l'anse suturée	2
Péritonites, mais suture bonne ou cause non indiquée	11
Total	27

Murphy [3]. — Le bouton anastomotique a été employé 21 fois [4]. Voici les cas de morts qu'on peut rapprocher de son emploi :

Septicémie péritonéale et collapsus	1
Septicémie et issue de matières fécales par la plaie (péritonite?) [5]	1
Nécrose de l'intestin par le bouton (péritonite par perforation)	2
Occlusion intestinale	1
	5

1. Voir l'ouvrage de MM. le Professeur Terrier et Baudouin (*La Suture intestinale*), celui de M. le Professeur Jeannel, etc.

2. Non compris le cas de Hüttl (1898), où une invagination préexistante rendait la suture presque superflue.

3. Nous négligeons les observations publiées par Murphy lui-même. Ce plaidoyer « pro domo » pourrait être suspect aux esprits très impartiaux; les faits sont d'ailleurs très sommairement exposés.

4. Non compris le cas d'Angelesco (résultat inconnu, 1897).

5. L'issue des matières par la plaie ne veut pas dire forcément péritonite; comme on le verra, cette issue est très commune après l'entérorraphie.

Valeur respective des deux procédés. — Au premier abord, la supériorité des sutures paraît considérable : 11 morts seulement leur sont directement imputables (sutures insuffisantes, occlusion intestinale), soit 7,8 0/0. Le Murphy donne au contraire 3 morts imputables à la méthode elle-même, ou 14,2 0/0. Mais, si l'on réfléchit que beaucoup de péritonites peuvent être en relation avec la suture, grâce à la durée de l'opération, aux manipulations, à l'étanchéité imparfaite, mais peu visible, de la suture, il faut bien, pour être juste, comparer les résultats opératoires en bloc. On devrait même peut-être se préoccuper des morts par collapsus[1], lesquelles déguisent souvent une infection péritonéale (Jayle). Mais, sans en arriver là et en nous contentant des morts dues à une infection évidente, on voit que la suture et le Murphy ont une léthalité respective de 19,8 0/0 et 23,8 0/0. L'écart a bien diminué, comme on voit. Nous croyons donc que *les deux procédés se valent à peu près, en ce qui concerne le gros intestin et son cancer*, surtout si l'on réfléchit qu'on a une certaine tendance à réserver le Murphy aux cas les plus graves.

Nous pensons ainsi qu'on a le droit d'en appeler de l'anathème prononcé par Ziecklewicz[2], König[3] et autres contre le bouton de Murphy. Et en cela nous ne faisons que reproduire l'opinion de chirurgiens non moins autorisés : Schede, Brenner (de Linz), le prof. Borelius[4] (de Lund), etc. Mais, nous le répétons, nous ne visons absolument que le gros intestin et son cancer; nous n'entendons pas conclure pour la chirurgie de l'intestin en général.

Le grand avantage que nous voyons dans le bouton, c'est d'aller vite, de diminuer les chances de la souillure péritonéale par des manipulations répétées ou trop longues, et de ménager, par conséquent, aussi bien la séreuse que l'état général du malade, souvent fort précaire. Il se recommande aux jeunes chirurgiens ne pouvant avoir grande expérience de la suture intestinale. Enfin, les sutures déchirant parfois un intestin trop mince ou trop fragile (comme dans le cas de Lawford Knaggs[5]), il est toujours bon d'en avoir un sous la main.

Nous ne dirons rien des divers autres procédés de réunion employés après l'entérectomie : plaques de Senn, tubes d'osséine (Paul), plaques de pommes de terre (Benissovitch), sutures par inva-

1. Avec le Murphy, il n'y a qu'une mort de collapsus. Avec la suture on en compte 10.
2. Ziecklewicz. *Centralbl. f. Chir.*, 1894, n° 43.
3. König. *Ibid.*, n° 4, 1895.
4. Schede, in Graff, 1896; Brenner, 1895; Borelius, 1898.
5. L. Knaggs, 1898.

gination (Maunsell, Ullmann), etc. Tous ces procédés ingénieux n'ont pas été employés sur une assez vaste échelle pour qu'on les puisse juger. Mais nous ne voyons pas *a priori* les avantages prépondérants qu'ils offrent : le mieux est quelquefois l'ennemi du bien. Frederic Treves, dans des leçons sur la chirurgie intestinale parues dans la *Lancet* de 1898, rappelait qu'il avait une fois imaginé un petit cadre-clamp [1] à entérorraphie; il était très fier de son invention, au début, mais il l'abandonna bientôt, et cet essai de jeunesse semble le faire quelque peu sourire. Paul [2], à son tour, se frappe la poitrine, accusant la dangereuse sécurité qu'inspire quelquefois l'expérimentation; il avait imaginé une suture par invagination, dont le résultat opératoire fut plutôt malheureux. Bier [3] raconte aussi, non sans esprit, qu'il avait inventé une nouvelle suture intestinale, vite abandonnée, dès qu'il eut l'occasion de la mettre en pratique; il n'y pensait plus, quand il eut la surprise de voir le procédé vanté dans l'Inaugural Dissertation d'un jeune confrère hollandais. Dans l'intervalle, le vieux point de Lembert avait converti Bier.

Cependant, on peut profiter des circonstances pour modifier son procédé habituel. Dans le cas de Hüttl [4], par exemple, existait une invagination, qui réalisait déjà, pour ainsi dire, l'entérorraphie; l'opérateur n'eut donc qu'à fendre le cylindre invaginant, réséquer le cylindre invaginé, fermer la boutonnière intestinale et consolider l'invagination par quelques points de suture.

Remarquons aussi pour finir, qu'à l'heure actuelle, la plupart des chirurgiens emploient le surjet et ajoutent des sutures en bourse, même quand ils se servent de boutons anastomotiques ou de plaques.

β. *Mode de rétablissement de la continuité de l'intestin.* — Le rétablissement de la continuité du tube digestif s'est opéré dans nos observations de trois manières différentes :

a) Bout à bout ou par *entérorraphie circulaire*;

b) Par *implantation* d'une des anses coupées, dans la paroi de l'autre.

c) Par *anastomose latérale* entre les deux anses coupées, mais préalablement fermées.

Nous ne pouvons pas juger comparativement ces trois procédés appliqués au cancer de l'intestin, nous manquerions de documents suffisants en ce qui concerne les deux derniers. Remarquons seulement que ceux-ci peuvent être des procédés de nécessité, quand,

1. Il l'a employé dans une observation de cancer. Voyez Treves, 1882.
2. Paul, 1895.
3. Bier, 1895.
4. Hüttl, 1898.

après résection, les deux bouts de l'intestin sont incongruents ou trop éloignés l'un de l'autre.

D'après Roux [1], l'implantation serait un procédé de choix, car elle permet de multiplier les sutures, sans craindre de rétrécir la lumière intestinale [2]. Ce procédé serait surtout recommandable à ceux qui n'ont pas grand exercice.

D'après Monprofit [3], au contraire, la préférence doit être accordée à l'entéro-anastomose. Les circonstances et les aptitudes individuelles trancheront la question.

Mais nous ne serions pas éloignés de penser qu'il y ait dans cette dernière méthode une certaine sécurité, en raison de sa facilité plus grande. Un point délicat dans la suture intestinale est la suture du bord mésentérique; l'anastomose tourne la difficulté.

L'entérorraphie circulaire offre parfois des difficultés notables et par suite des dangers. Nous faisons allusion à l' « *incongruence* » des bouts intestinaux; on sait, que nous désignons par là, à l'instar des Allemands, l'inégalité de diamètre de l'anse intestinale afférente et efférente. Pour remédier à l' « incongruence », Billroth [4] traitait l'anse la plus volumineuse comme l'estomac, dans ses pylorectomies : il faisait un pli oblique sur le bord non mésentérique, le sectionnait puis le fermait par suture; mais l'intestin ainsi reconstitué se coude facilement, et, en fait, Billroth, ayant perdu un de ses opérés par occlusion intestinale post-opératoire [5], le procédé fut abandonné et remplacé, soit par l'implantation, soit par la section plus ou moins oblique de l'anse du plus faible diamètre : ce que conseillait déjà Madelung [6]. Pétroff [7] a imaginé un procédé de suture très ingénieux pour faire disparaître l'inégalité des lumières intestinales; sa suture est un surjet dans lequel, entre chaque point embrassant les deux anses, se trouve intercalé un second point, passé uniquement dans la paroi de l'anse la plus grosse; ces points supplémentaires forment une sorte de coulisse, froncent au fur et à mesure la lumière la plus large et la sertissent dans la plus étroite. Ce serait peut-être le cas d'essayer la suture de Maunsell ou d'Ullmann (invagination). Mais le plus simple nous paraît être de recourir à l'implantation ou à l'anastomose.

1. Roux (de Lausanne), 1895.
2. Dans un cas, il y eut cependant rétrécissement ultérieur (Tuttle, 1898).
3. Tellier (Monprofit, 1899).
4. Cité par Salzer, 1892, p. 155.
5. Hauer (Billroth), 1884, obs. V.
6. Malgré cette modification, Billroth perdit cependant une autre malade par occlusion intestinale, due à la coudure de l'anse suturée (Salzer, 1892, XXIII).
7. Pétroff, 1897.

γ. *Du drainage.* — Faut-il drainer? Le drainage a ou paraît avoir un petit inconvénient (nous en reparlerons tantôt), celui de provoquer une fistulette fécale. Toute la question est donc de savoir si le drainage offre des avantages sérieux. Voici quelques chiffres, qui vont répondre.

Sur 152 observations suffisamment explicites, nous trouvons :

Drainage.....	46	cas avec	13	morts, ou	28,2	p. 100.
Fixation de l'anse à la paroi.....	2	—	»	—	»	
Tamponnement.....	11	—	5	—	45,4	—
Drainage non indiqué ou nié....	93	—	32	—	34,4	—

Ces chiffres sont très éloquents, mais ils prêtent à la critique, car, parmi ces morts, il y a des pneumonies, des métastases, des collapsus, etc., qui n'ont sans doute rien à voir avec le drainage. De plus, on pourrait objecter, que sur le nombre des « drainages non indiqués », il s'en trouvait au contraire quelques cas.

Voici donc un tableau, plus réduit, où ne figurent que les cas à drainage ou non-drainage positifs, et les morts par septicémie abdomino-péritonéale seules. Nous en avons exclu les 2 cas de fixation de l'anse à la paroi : c'est en effet trop peu pour une démonstration. Mais nous retranchons aussi les tamponnements, qui sont des cas extrêmement compliqués : hémorragies abondantes, vastes surfaces cruentées, etc.; on les rencontre surtout à l'occasion des gros cancers de la fosse iliaque, quand le chirurgien est obligé d'enlever, avec l'intestin, le péritoine pelvien, les masses ganglionnaires dégénérées, etc. La série des drainages n'en reste pas moins une série comprenant, proportionnellement, beaucoup plus de cas graves que la série des non drainés : la raison en est assez facile à comprendre.

Drainage.....	46	cas avec	9	morts ou	19,1 p. 100
Drainage formellement nié..	19	cas avec	5	morts ou	26,3 p. 100

On voit par ces derniers chiffres que l'absence de drainage fait monter d'un tiers en plus la léthalité par infection abdomino-péritonéale; cet écart, déjà si sensible, le serait sans doute encore davantage, si les deux séries, que nous opposons, étaient comparables et si l'une (la première) ne contenait pas une proportion de cas graves plus considérable que l'autre. Nous pensons donc, avec Rolleston et Marmaduke Shield, que le drainage est un facteur très important de succès.

Avant de parler du revers de médaille du drainage, faisons remarquer que cette *fistulette fécale*, qu'on veut éviter en fuyant le drai-

nage, se produit souvent *spontanément*. Vers la fin du premier septénaire apparaît un petit abcès vers un des angles de la plaie; le pus qui en sort est fétide ou fécaloïde d'emblée. Ces suppurations apparaissant chez les malades non drainés ont peut-être pour cause la tendance de l'intestin suturé à laisser filtrer, quand même, quelques gaz, microbes ou produits infectieux.

Parmi les *93 cas où le drainage n'est pas indiqué ou nié*, nous *trouvons les complications suppuratives suivantes* :

Phlegmons de la paroi (sans indication de cause).....	1
Désunion de la plaie.....	1
Nécrose partielle du fascia abdominalis.....	1
Abcès ou suppuration de la ligne de sutures.....	4
Fistules purulentes ou fécaloïdes (surtout celles-ci).....	13
Total.....	20

Ajoutons que dans un cas de Treves on retrouva dans les selles une petite escarre appendue à un fil à suture; il est très heureux que le tout ait pris ce chemin.

Parmi tous ces accidents, il en est certainement qui se montreraient dans n'importe quelle partie du corps. Mais les fistules fécaloïdes, au moins, sont dues à ce que la suture intestinale a cédé. Dans les cas énumérés plus haut, les choses se sont bien passées, la suppuration a pris le chemin des parois abdominales. Mais ce fait n'est-il pas lui-même une indication? Puisque la suture intestinale est précaire, n'est-ce pas de bonne politique que d'aller au-devant de son insuffisance?

Par contre *après drainage*, la fistule fécale est extrêmement commune : sur 32 cas de drainage (guéris), elle s'est montrée 18 fois. Elle l'est encore davantage avec les tamponnements; elle peut se produire même après la simple fixation de l'anse à la paroi (Köhler, 1881). Étant donné qu'elle se montre dans une bonne moitié des cas, nous pensons, comme le remarque notre distingué confrère et ami Barthold Carlson [1], que le drainage la favorise. Mais l'écart de mortalité qu'il y a entre les drainés et les non drainés nous fait penser aussi que *cette plus-value de fistules représente un certain nombre d'existences sauvées par là-même.*

δ. *Particularités opératoires diverses.* — Nous insisterons peu sur les autres points de la pratique de chaque auteur. Leur importance est moindre : ce sont des manières de faire et non des procédés.

La *coprostase*, c'est-à-dire le pincement de l'intestin en amont et

1. B. Carlson, 1899, III.

en aval de l'anse à réséquer se réalise, tantôt avec des mèches iodoformées (König), tantôt avec un gros fil de soie (Trendelenbourg), tantôt avec les doigts d'un aide (Bier), tantôt et le plus souvent avec des tubes de caoutchouc ou des clamps spéciaux.

La façon de traiter le *mésentère* est plus importante, mais elle est aujourd'hui bien connue. Nous en reparlerons en décrivant l'opération type. La nécessité de suturer les bords de l'exérèse mésentérique ressort bien nettement d'une observation de Helferich, dans laquelle, cette précaution n'ayant pas été prise, il se fit un enclavement de l'intestin dans la fente ou brèche laissée, d'où occlusion intestinale[2].

Si le *péritoine* pariétal a été entamé, il faut le suturer, faire une sorte de péritonéo-plastique, afin de prévenir les adhérences et l'occlusion intestinale post-opératoire. Quand les chirurgiens n'ont pu rendre une surface séreuse à ces vastes brèches que laisse en particulier l'extirpation des gros cancers des fosses iliaques, ils recourent au tamponnement; c'est un moyen de drainer, d'empêcher les hémorragies et de prévenir les adhérences primitives.

Nous ne parlons pas des *sutures*, surjets ou points séparés, soie ou catgut, etc. C'est affaire de technique pure : nous en dirons d'ailleurs quelques mots en résumant nos conclusions sur le manuel opératoire de l'entérectomie.

(*A suivre.*)

2. Heidenhain (Helferich), 1896.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900.

SECTION DE CHIRURGIE INFANTILE

M. O. LANNELONGUE, de Paris, président, ouvre la première séance du congrès le vendredi 3 août. Il souhaite la bienvenue aux médecins et chirurgiens venus de la province et de l'étranger. Il est heureux de constater que la chirurgie infantile s'est détachée de la chirurgie générale. Il espère que cette spécialisation, qui présente un intérêt considérable, aura l'énorme avantage de faciliter la marche en avant et d'amener des progrès constants dans cette branche de la chirurgie.

PREMIER RAPPORT

M. HOFFA (de Wurzbourg) *lit un rapport sur le traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche.* On doit toujours essayer, dit-il, la reposition non sanglante de la tête. L'opération sanglante n'est indiquée que si la non sanglante ne réussit pas pour une raison quelconque. La reposition sanglante consiste à placer la tête fémorale luxée dans une cavité que creuse le chirurgien au niveau de l'ancienne cavité cotyloïde atrophiée, peu profonde et peu large. Cette réfection de la cavité est l'opération typique de *Hoffa-Lorenz*. Celle-ci ne doit être tentée ni trop tôt ni trop tard. L'âge le plus avantageux est entre trois et huit ans. Le danger de l'opération se trouve surtout dans l'infection septique de la plaie; il faut donc que l'asepsie soit absolue.

Le malade est endormi et couché de côté sur la table opératoire. Une contre-extension aseptique part du périnée. Pour les jeunes enfants, un assistant fait l'extension en tirant la jambe. Chez des personnes plus âgées, on fait l'extension à l'aide d'une vis de *Lorenz*, qu'on applique aux malléoles. Pendant qu'on tire lentement et graduellement la jambe, on fait une incision, qui part du bord supérieur et antérieur du grand trochanter, à environ 1/2 centimètre plus haut, et finit à environ 6 centimètres en descendant. Après l'incision de la peau, on fait en droite ligne l'incision du fascia-lata, à laquelle, chez des enfants plus âgés, on ajoute encore une incision transversale. Après le fascia on voit immédiatement les muscles moyen et petit adducteur. A l'aide d'un crochet à pointe mousse on tire les deux

muscles fortement en haut, afin que la capsule de l'articulation de la hanche sorte entièrement et qu'on puisse facilement la sectionner.

La capsule est incisée, pendant qu'on maintient la jambe en abduction. On la prend à son attache antérieure au trochanter avec une pince, on l'élève, on fait une petite ouverture pour voir la surface cartilagineuse de la tête, on introduit dans l'ouverture un bistouri boutonné et on sectionne la face antérieure de la capsule entièrement dans la direction de la tête fémorale jusqu'à son insertion au bassin. En ouvrant la capsule il s'écoule souvent une petite quantité de synovie.

En général cette incision suffit pour luxer la tête fémorale hors de la capsule. Si elle ne suffit pas, on sectionne aussi la capsule en haut. On fait une incision perpendiculaire à la première de façon à lui donner la forme d'un T. Il peut arriver qu'on soit obligé de faire encore une incision, de manière à la transformer en une incision cruciale. Si la capsule est suffisamment ouverte, on sectionne le ligament rond.

La formation de la nouvelle cavité est le troisième acte de l'opération.

Pour l'évidement de cette cavité, M. Hoffa se sert de gouges courbées en bayonnette. A l'aide de celles-ci, et en se guidant sur l'index gauche, il excise le cartilage de l'ancienne cavité, et creuse la nouvelle assez largement et assez profondément pour qu'elle puisse contenir la tête fémorale. Il s'arrange aussi de façon à ce qu'elle soit limitée par des bords saillants pour empêcher une nouvelle luxation.

Le dernier acte de l'opération, celui qui est le plus important, est la *reposition de la tête fémorale* dans la nouvelle cavité. Cette reposition est généralement très facile chez les jeunes enfants; chez les sujets plus âgées, au contraire, elle est souvent difficile. Les obstacles, qui s'opposent dans ces cas sont constitués surtout par des parties molles; il est bien rare que la conformation de la tête même s'oppose à la reposition dans la cavité. Le raccourcissement des parties molles est évité par une vigoureuse extension et une ample incision de la capsule antérieure. Rarement il peut être nécessaire de faire une ténotomie partielle des adducteurs. Quelquefois il suffit, surtout chez des enfants, d'une simple extension de la jambe, et la tête passe avec un bruit perceptible. D'autres fois on est obligé de faire une vigoureuse abduction et rotation en dedans. D'autres fois la reposition se fait le mieux quand on fléchit fortement la jambe; on fait ensuite une vigoureuse extension et rotation en dedans ou en dehors, pendant qu'on exerce une forte pression sur le trochanter. De plus, la narcose doit être complète.

Quand le malade n'est pas bien endormi, les muscles sont si contractés qu'on a la plus grande difficulté de finir la reposition. Une profonde narcose est alors absolument nécessaire pour une reposition facile. Si la tête est passée, on examine si elle se maintient dans toutes les positions. Il faut qu'elle reste dans sa cavité même dans une forte abduction et rotation en dehors; alors on sera assuré que le résultat de l'opération est favorable.

La plaie n'est pas suturée. Elle est simplement tamponnée avec de la gaze stérilisée. On applique ensuite un pansement aseptique à la gaze et

au-dessus un appareil plâtré qui immobilise la jambe. L'assistant qui faisait l'extension tient la jambe dans la bonne position, c'est-à-dire dans l'abduction et la rotation en dedans. Premier pansement du quatrième au huitième jour. En quinze jours, la plaie est guérie.

Le traitement consécutif, très important, commence alors. Il consiste en massage, électrisation des muscles cruraux et fessiers, gymnastique. Les enfants doivent marcher de bonne heure sur la jambe malade; les exercices d'abduction et d'extension forcée combattent le danger de contracture en flexion-adduction. Si cette contracture se produit, on doit avoir recours à l'*ostéotomie sous-trochantérienne*.

Pour l'auteur l'opération n'est pas dangereuse, quand on suit la méthode qu'il a indiquée. Il a pratiqué 248 fois l'opération sanglante, et sur ce nombre il a eu 10 décès; deux sont survenus à la suite d'une diphtérie et d'une scarlatine, après que les malades eurent quitté la clinique. Huit décès sont survenus à la suite de l'opération; sept, hélas! alors qu'il faisait l'apprentissage de cette opération. Le huitième à la suite de la narcose. De ses 132 dernières opérations dans lesquelles il a laissé les muscles intacts, il n'a eu aucun décès à déplorer.

Donc la guérison de la luxation congénitale dans le sens anatomique et fonctionnel est possible. La guérison complète est obtenue plus souvent dans la luxation unilatérale que dans la luxation bilatérale. Il est inexact qu'avec un traitement correct et un bon choix des cas, la situation après l'opération soit plus mauvaise qu'avant l'opération.

La durée moyenne du traitement est environ de quatre mois; à partir du moment où le patient commence à marcher il va de mieux en mieux. Après un an on peut considérer le résultat comme définitif.

Un obstacle de croissance pour l'anneau du bassin n'est nullement à craindre par la reformation de la cavité. Le bassin se développe plus normalement par suite de la bonne position du membre. Les accouchements se passent aussi sans difficulté.

Dans la luxation unilatérale, chez des malades qui ont dépassé leur huitième et même leur dixième année, *l'ostéotomie soustrochantérienne transversale* (*Kirmisson*) ou *l'ostéotomie oblique* (*Hoffa*) est recommandable. Dans ces cas l'ostéotomie soustrochantérienne est à préférer à la reposition sanglante de la tête fémorale sans formation de la cavité (*Lorenz*).

Dans la luxation bilatérale chez des personnes âgées, l'*opération de pseudarthrose de Hoffa* donne des résultats fonctionnels excellents.

M. Lorenz (de Vienne) n'est nullement partisan de la méthode sanglante dans les *cas de luxation congénitale de la hanche*. D'abord il y a danger de mort par infection (2-10 p. 100 de mortalité selon les statistiques). Ensuite on observe des ankyloses unilatérales ou bilatérales. Enfin il faut signaler un autre inconvénient, résultant de l'ablation d'une partie du cartilage en Y. Le bassin du côté malade se développe beaucoup moins que celui du côté sain, et comme la luxation est l'apanage presque exclusif des filles, on juge des inconvénients que cela peut occasionner plus tard au moment de la grossesse.

Après l'opération sanglante la *restitutio ad integrum* est l'exception; on l'obtient dans les cas où la cavité est belle, et où le creusement de l'os a été pour ainsi dire nul; dans tous les autres cas, l'ankylose ou une limitation très grande des mouvements en est la règle. Or, ces cas donneraient par la méthode non sanglante des résultats tout aussi bons.

Le traitement mécanique par les appareils portatifs dure trop longtemps et ne donne pas de résultats satisfaisants. La méthode de réduction lente dans des gouttières à extension, sans administration du chloroforme, ne peut réussir que chez de tout petits enfants. La durée du traitement est trop longue, la détention en gouttière nuit à la santé générale et la réduction complète est impossible.

La réduction brusque, en une seule séance, sous le chloroforme, doit donc être la méthode préférée. Les limites d'âge sont neuf à dix ans en cas de luxation unilatérale, sept à huit ans en cas de luxation bilatérale. Le procédé de réduction consiste à faire une forte extension verticale sur la cuisse fléchie à angle droit, combinée à une abduction de 90 degrés et à une pression directe sur le grand trochanter. Il faut ensuite appliquer un appareil plâtré maintenant le fémur en abduction exagérée, jusqu'à 90 degrés, combinée à l'hyperextension avec rotation interne. Au bout de quatre à cinq mois, on fixe le fémur en position moyenne (flexion et abduction légères), et on fait marcher les malades. Par suite de la pression de la tête du fémur remise en place, la cavité cotyloïde s'agrandit et se creuse en profondeur. Cette manœuvre de mobilisation doit aussi durer de quatre à cinq mois. Au bout de ce temps, on enlève l'appareil plâtré, on ordonne de la gymnastique et on fait faire du massage des muscles fessiers et pelvi-trochantériens. Par la radiographie, on se rendra compte que par cette méthode on arrive à la réduction de la tête fémorale dans une cavité cotyloïdienne sans cesse agrandie par les frottements de cette tête. La luxation ne se produira de nouveau que si la réduction et la contention consécutives ont été mal exécutées. Les résultats par cette méthode non sanglante sont tels au bout d'un certain temps que l'on peut dire que la guérison est complète.

Dans le cas d'insuccès, on aurait toujours le temps d'avoir recours à la réduction sanglante, mais sans creuser la cavité cotyloïde et en dirigeant le traitement post-opératoire selon les principes de la réduction non sanglante.

M. Kirmisson (de Paris) insiste sur la nécessité de faire le plus tôt possible le diagnostic de *la luxation congénitale de la hanche*. Ce diagnostic impossible à la naissance, peut être posé dès que l'enfant commence à marcher, c'est-à-dire au plus tard vers l'âge de dix-huit ou vingt-quatre mois. Comme, à cette époque, le déplacement est insignifiant, la méthode de l'extension continue bien appliquée peut rendre au membre sa longueur normale.

Volkmann, Mikulicz, Schede, en Allemagne, ont eu recours à cette méthode, et, tandis que Volkmann recommande l'extension pendant la

nuit seulement, M. Kirmisson soumet ses malades jour et nuit à l'extension; il applique cette méthode d'extension continue, qu'il dénomme *méthode française*, chez les tous jeunes enfants. L'extension dure une année et même plus. Au bout de ce temps, il applique, comme Röser un des premiers l'a fait, un appareil contentif maintenant la jambe en légère abduction. Il espère que l'extension empêchera l'évolution de la luxation dans la fosse iliaque postérieure, et qu'une néarthrose arrivera à se créer assez près du cotyle.

M. Kirmisson est arrivé par ce procédé à maintenir la tête dans une position très voisine de l'état normal, c'est-à-dire qu'elle est située au pli de l'aine, en avant de la ligne de Nélaton, et que le raccourcissement est nul, ou du moins extrêmement modéré, ne dépassant pas, par exemple, un demi ou un centimètre.

L'orateur est persuadé que tel est l'avenir du traitement de la luxation congénitale. Il se résume à dépister le plus tôt possible les traces de la malformation, et à la traiter immédiatement par le repos joint à l'extension continue, suivi du port d'appareils contentifs, immobilisant rigoureusement l'articulation, jusqu'à ce qu'on soit assuré qu'il n'y a plus de tendance au déplacement. Ce traitement employé avec persévérance pendant plusieurs années donnera une proportion considérable de succès. C'est seulement dans les cas où, pour une raison ou une autre, il n'aura pu être suivi, ou n'aura pas donné de résultat, que la réduction extemporanée sous le chloroforme, avec ou sans opération sanglante, restera comme une dernière ressource, capable de reculer les limites de l'action chirurgicale, et de fournir encore des résultats avantageux. Les méthodes de traitement palliatif ne devront plus constituer qu'une rare exception.

MM. Redard et Mouchet (de Paris) emploient la méthode de Lorenz et en ont toujours obtenu de bons résultats. L'époque où la réduction est la plus facile est de deux à six ans.

La radiographie montre souvent que la reposition anatomique de la tête n'est pas parfaitement exacte; mais malgré cela le membre, au point de vue fonctionnel, ne laisse rien à désirer. Si la luxation est bilatérale, on doit tenter la réduction des deux têtes fémorales dans la même séance. Il faut savoir que le fémur peut se fracturer à sa partie supérieure par suite des tractions et des mouvements d'abduction énergiques. Cette complication doit être évitée en graduant les mouvements et en n'agissant pas trop brusquement.

M. Frœlich (de Nancy) se base sur l'étude de 21 cas personnels pour tirer quelques conclusions au sujet de l'étude de la luxation congénitale. Sur ces 21 observations il y avait 17 filles, 4 garçons; 13 luxations doubles, 8 unilatérales, dont 5 à gauche. — 2 accouchements par le siège; 7 enfants étaient tuberculeux

7 fois il y avait des antécédents directs de luxation congénitale dans la famille.

Comme malformations concomitantes, 1 fois ectopie testiculaire, 3 fois des hernies inguinales et crurales.

Comme étiologie, l'auteur admet 18 fois un arrêt de développement, 2 fois une paralysie infantile, et 1 fois une arthrite rhumatismale.

Sur 13 malades il étudia l'anatomie pathologique sur les radiographies et il arrive à ces conclusions :

Le côté luxé est toujours notablement plus grêle, bassin et fémur, que le côté non luxé, et les deux côtés sont plus petits que chez un enfant normal du même âge.

La cavité cotyloïde est moins profonde du côté luxé et ses bords sont fuyants; le toit des cavités luxées est en pente douce, et ne peut s'opposer à la sortie de la tête.

L'ossification du fémur est plus précoce du côté sain.

Le col et le corps du fémur sont presque dans le prolongement l'un de l'autre sur le fémur luxé; tandis qu'à partir de 5 ans c'est l'inverse et l'angle d'inclinaison du col se rapproche de l'angle droit. Le col est à cet âge, chez l'enfant luxé, plus court, et la tête est plus évasée.

Enfin, que la luxation soit simple ou double, le bassin paraît asymétrique.

L'évolution de la luxation peut exceptionnellement se faire par la guérison spontanée, quand une nouvelle cavité se forme; dès 6 ans, la radiographie indique un rebord osseux à la nouvelle cavité. Ces cas ne doivent pas être traités opérativement.

Le traitement employé est celui de Paci-Lorenz.

L'âge le plus favorable est de 1 an et demi à 4 ans.

Plus tard, la réduction est plus difficile. — L'extension préalable est souvent inutile.

Les résultats immédiats ne sont jamais parfaits chez les petits enfants de 1 à 3 ans, il faut un traitement des muscles pendant deux et trois ans consécutifs pour obtenir une marche normale.

Chez les enfants plus âgés, l'opération est plus difficile, mais les résultats immédiats sont meilleurs.

Les résultats anatomiques doivent être contrôlés par la radiographie oblique. Des cas qui paraissaient parfaits à la radiographie directe, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe du bassin, ont été contrôlés par des photographies obliques qui ont montré que la tête n'était pas dans la cavité, mais en avant d'elle. Dans 4 cas sur 8 cas.

Les accidents du traitement n'ont pas été sérieux : une fracture du fémur, une rétraction persistante des tendons du creux poplité, des ecchymoses un peu étendues, une légère excoriation de la peau, de la rétention d'urine, de la constipation et enfin pendant quelques jours 38° et 39° de fièvre.

L'auteur conclut que malgré ses détracteurs, l'opération Paci-Lorenz est une bonne intervention. Elle réduit la luxation ou au moins donne un soutien osseux au bassin, tandis qu'auparavant il est suspendu par des sangles entre les deux fémurs. Il faut savoir que l'opération n'est excellente et sans danger que de 1 an et demi à 4 ans, mais que les résultats fonctionnels ne

seront parfaits, qu'après deux et trois ans de traitement consécutifs par l'éducation de la marche et le renforcement musculaire.

Pour M. C. Ducroquet (de Paris) l'objectif de tout le traitement doit être la rétraction de la capsule; le moyen d'y parvenir est d'immobiliser la hanche d'une façon absolue au moyen d'un appareil en celluloïd empêchant toute rotation de la jambe, et par conséquent prenant le genou. L'auteur a exposé avec M. Brun cette méthode [1].

La transposition doit être considérée comme un échec; ce n'est jamais qu'un demi-résultat, et beaucoup d'enfants chez qui on n'a obtenu que ce résultat gardent encore après le traitement une boiterie très appréciable.

Il a appliqué cette méthode chez 25 malades dont le traitement est terminé depuis deux à quinze mois; chez tous la réduction est solide et la tête fémorale se maintient parfaitement bien en place dans le cotyle. Si une transposition tend à se produire en cours de traitement, il faut y remédier immédiatement.

L'âge le plus favorable semble être vers cinq ans, mais on ne peut poser de règles. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après six ans il est parfois impossible d'obtenir la réduction.

La radiographie doit être constamment mise à contribution; on ne doit jamais enlever ou remettre un appareil sans faire appel à la radiographie. Si le traitement de la luxation congénitale est difficile et laborieux, on doit néanmoins, sachant le pourquoi de ce que l'on fait, arriver d'une façon certaine, chaque fois que la réduction est obtenue, à sa guérison complète, anatomique et fonctionnelle.

La méthode sanglante, au contraire, malgré tous ses perfectionnements, reste une opération grave. De plus le traitement post-opératoire doit être longuement poursuivi. C'est du massage et de la gymnastique articulaire que dépend l'avenir fonctionnel de la hanche. Pour obtenir un résultat assez bon, il faut au minimum quatre mois, et le résultat n'est pas toujours proportionnel à la peine que l'on se sera donnée. Il existe des enfants qui après la réduction sanglante marchent admirablement, mais ces cas sont rares. Dans le plus grand nombre des observations, l'enfant se trouve dans la situation d'un malade atteint de coxalgie ancienne avec attitude vicieuse dont on aurait redressé le membre. La cuisse tend sans cesse à prendre une position vicieuse et particulièrement à entrer en adduction et il faut être pendant longtemps en lutte continuelle contre ces attitudes vicieuses. Cette tendance à l'adduction occasionne dans de nombreux cas la reluxation, cela surtout chez le jeune enfant. Lorsque cela se produit, il arrive assez souvent que la tête fémorale se trouve ankylosée au-dessus du cotyle. Le membre est alors toujours placé en adduction assez prononcée, et le résultat fonctionnel est mauvais.

Il est un autre grand inconvénient de la méthode, c'est la tendance à l'ankylose, et dans beaucoup de cas, quoi que l'on fasse, malgré plusieurs

1. F. A. Brun et C. Ducroquet, *Presse médicale* du 28 juillet 1900, p. 45.

séances réitérées de chloroformisation et de mobilisation de la hanche, il est impossible d'entraver l'ankylose, et celle-ci se produit surtout chez les enfants âgés et dans les cas où il a été nécessaire de faire un évidement osseux important. Cette ankylose ne peut être considérée comme un bon résultat. Lorsqu'il s'agit de luxations doubles qui se terminent par double ankylose, on peut juger de l'état déplorable du malade pour qui la position assise est impossible.

M. Doyen (de Paris) emploie la méthode sanglante. Il a déjà exposé son procédé dans les congrès précédents. Grâce à l'appareil de réduction qu'il a imaginé, il a pu opérer des adultes de vingt à vingt-cinq ans. Il a l'habitude de creuser la cavité cotyloïde au moyen d'un tube creux tranchant facile à manier. Les muscles adducteurs sont sectionnés, si c'est nécessaire ; la plaie est refermée sans être drainée et l'appareil plâtré est appliqué sur un brancard démontable spécial. Le membre doit être porté d'abord dans la rotation en dedans. Au bout de trois à quatre semaines, il remet le genou et le pied dans leur position normale en pratiquant une ostéotomie supra-condylienne du fémur.

M. Mauclaire (de Paris) fait simultanément la réduction des deux côtés dans la luxation bilatérale. Dans les quelques cas qu'il a eu l'occasion de traiter, il a remarqué que la tête fémorale était plus souvent transposée que véritablement replacée dans sa cavité naturelle.

M. Coudray (de Paris) préfère lui aussi la méthode non sanglante de Lorenz à la méthode sanglante.

M. Codivilla (de Bologne) donne toutes ses préférences à la méthode sanglante. Une fois la réduction de la tête fémorale obtenue, il découvre la capsule, qu'il détache de l'ilion, ainsi que le périoste jusqu'au bord du cotyle; trois points de suture plissent la capsule et le périoste. De cette façon la tête est bien maintenue dans sa cavité.

Lorsqu'il est nécessaire d'ouvrir la capsule pour obtenir la réduction, il se sert d'un divulseur de l'isthme capsulaire et d'un réducteur formé par un levier qui accroche l'épine iliaque antéro-inférieure et conduit la tête dans la cavité cotyloïdienne.

M. Calot (de Berck) estime que la luxation congénitale de la hanche, regardée comme incurable autrefois, est entrée dans une phase nouvelle depuis une dizaine d'années. On sait aujourd'hui obtenir la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde, c'est-à-dire réduire cette luxation congénitale.

On y peut arriver par deux méthodes : l'une sanglante, l'autre non sanglante.

La méthode sanglante assure une réduction bien solide, mais ce n'est qu'au prix d'une ankylose; non pas qu'on ne puisse obtenir une certaine mobilité de la nouvelle articulation, mais cette mobilité ne s'obtient guère qu'aux dépens de l'attitude; et une attitude vicieuse compromet bien

davantage la marche qu'une raideur de la hanche. Il faut même ajouter que cette raideur n'est presque jamais assez complète pour empêcher une déviation de se produire, et que l'on a souvent, après l'opération sanglante, à la fois une hanche raide et une mauvaise attitude.

C'est pour cette raison que l'on doit préférer l'opération non sanglante lorsqu'elle peut donner la réduction; or, elle peut donner cette réduction jusque vers huit ans et dans quelques cas exceptionnels jusque dix ou douze ans. La réalité de la réduction sera démontrée par les rayons X.

Dans ce traitement, la contention est encore plus difficile à faire que la réduction. Six à douze mois de traitement actif suffisent. Après ce temps, l'enfant est débarrassé de tout appareil et doit être massé, et on doit faire l'éducation de sa marche. Il est des cas où la guérison est obtenue sans boiterie.

Pour les cas irréductibles, reste la méthode sanglante, après laquelle on recherchera l'ankylose complète, si la lésion est unilatérale.

Pour les luxations doubles l'on n'arrive plus à la réduction par la méthode non sanglante généralement après l'âge de sept ans.

Il n'y a pas à recourir ici à l'opération sanglante, qui, donnant deux ankyloses de la hanche, ne fait qu'aggraver la situation de l'enfant.

Pour les luxations irréductibles, reste le massage longtemps continué et l'éducation de la marche. Même pour ces cas extrêmes on arrive ainsi à des améliorations fonctionnelles notables.

M. Piéchaud (de Bordeaux) est partisan de la méthode non sanglante de Lorenz. Lorsqu'il a affaire à une luxation bilatérale, il réduit les deux côtés à intervalles assez éloignés.

M. Pierre (de Berck) évite les luxations secondaires en mettant d'emblée le membre, après réduction, dans l'abduction moyenne avec extension et rotation interne.

M. Louis Mancière (de Reims) lit une étude *sur le redressement forcé successif dans la scoliose*. Le traitement est sans danger et donne de très bons résultats, mais il faut obéir à certaines règles :

1° On doit s'abstenir dans le cas de scolioses trop anciennes, trop accentuées, trop ankylosées, pour lesquelles le résultat obtenu ne justifierait pas la longueur du traitement.

2° Les scolioses présentant un certain degré d'ankylose, malgré de sérieuses déformations, sont cependant justiciables du traitement.

3° Pour être sans danger, les redressements doivent être successifs et périodiques (tous les 3 ou 4 mois). On doit les obtenir avec une machine munie de dynamomètres et permettant d'arriver progressivement, sans à-coups, à l'allongement et à la détorsion du rachis. Après chaque redressement l'auteur maintient le résultat par ses appareils et sa minerve spéciale.

4° Un tuteur léger, les massages, les mouvements devront être longtemps employés pour maintenir le résultat obtenu.

5° La raison d'être du redressement forcé est précisément de s'adresser non à une tige rigide, composée d'une seule pièce, mais à une tige formée d'une série d'anneaux séparés par des disques qui, bien que déformés, sont encore susceptibles d'une certaine élasticité.

Les radiographies montrent que les vertèbres demeurent longtemps à peu près normales; les disques, eux, s'atrophient d'un côté, deviennent obliques, et donnent à la colonne sa direction définitivement déviée.

Or, en corrigeant les courbures, on dégage, on allonge les disques du côté atrophié; l'autre côté subissant une pression, tendra plutôt à s'atrophier.

Les corrections, dans leur ensemble, se font aux dépens des disques déformés qui diminuent d'un côté, et augmentent de l'autre. Elles se font également aux dépens des disques situés au-dessus et au-dessous d'une lésion déjà en partie ankylosée. Il se produit alors aux dépens de ces disques des corrections de compensation qui amènent les colonnes dorsale et lombaire à se trouver sensiblement sur la même ligne.

M. Chipault (de Paris) *expose la thérapeutique de la scoliose : scoliose infantile* et *scoliose des adolescents.*

L'auteur s'est efforcé depuis quelques années, de substituer dans le traitement des scolioses, soit à l'abstention trop fréquente, soit aux procédés en usage, défectueux ou incomplets, la méthode de la réduction avec immobilisation en bonne position jusqu'à ce que celle-ci puisse être spontanément et définitivement gardée.

Son expérience à ce sujet, basée sur une centaine de faits, peut se résumer dans les quelques règles suivantes :

a. Les appareils dits orthopédiques, lourds, constrictifs, non sustenteurs, doivent être systématiquement abandonnés : ils ne sont jamais utiles et sont souvent nuisibles.

b. La conduite à suivre varie suivant la nature et le degré de la scoliose.

I. Scoliose des adolescents.

1° Dans les cas sans difformité thoracique appréciable, on appliquera, dans la suspension par les pieds, un corset platré bien modelé, très haut, qui sera d'emblée fendu et lacé. Ce corset sera enlevé une fois par jour, une heure, pour faire du massage, des mouvements et des lotions froides. Au bout de six mois, on pourra lui substituer un corset de corsetière, fait exactement sur son modèle.

2° Dans les cas avec difformité thoracique légère, on appliquera dans la suspension par les pieds, un corset plâtré qui restera trois mois inamovible, placé dans la même attitude, et dont on associera l'emploi aux massages, mouvements, lotions comme précédemment. Plus tard, ici encore, un corset de corsetière fait sur le modèle du corset plâtré complètera la cure.

3° Dans les cas avec difformité thoracique accentuée, les seuls où le traitement soit vraiment laborieux, on commencera par une étape de réduction, à l'aide de séances d'assouplissement sur sa planche à plaques obliques (Collin), suivies de modelage manuel. Lorsque le résultat obtenu sera notable, on appliquera, dans la suspension tête en haut, à l'aide de son appa-

reil vertical de détorsion à plaques mobiles (Chazal) un corset plâtré englobant ces plaques. A ce premier corset on en substituera d'autres dans les mêmes conditions, tous les quinze ou vingt jours, jusqu'à ce que l'attitude désirée soit obtenue. Cela demande de trois à six mois. Alors, dans la suspension tête en bas, on appliquera un corset simplement contenteur, qui sera remplacé tous les six mois. Au bout de deux ans, on pourra placer un corset amovible, permettant d'associer à l'immobilisation vertébrale, encore nécessaire pendant un an, des séances de plus en plus énergiques de massage et d'électrisation.

Le traitement est terminé lorsque l'ankylose pathologique que ses premières étapes ont détruite, a été remplacée par une ankylose thérapeutique en bonne attitude, solide et souple.

La fixation apophysaire directe par la ligature ou les griffes suppléera à cette ankylose lorsqu'on ne pourra l'obtenir.

II. Scoliose infantile.

1° A la phase aiguë, fébrile, on appliquera d'emblée, dans la suspension tête en bas, un corset platré inamovible, qui calmera rapidement les douleurs et permettra d'obtenir, en cinq ou six mois, une ankylose en attitude satisfaisante.

2° A la phase chronique, avec ankylose en mauvaise attitude, le traitement sera le même que dans les cas graves de scoliose des adolescents, avec cette différence, que l'ankylose détruite a tendance à se reproduire avec une rapidité toute particulière. D'où la nécessité de surveiller constamment les corsets, tant que l'attitude obtenue n'est pas satisfaisante, d'où aussi l'inutilité constante de la fixation apophysaire directe.

En somme, contrairement à ce qu'on dit et écrit d'ordinaire, la thérapeutique de la scoliose varie extrêmement d'un cas à l'autre et exige de la part du chirurgien non seulement de la patience, mais encore de l'expérience et du doigté.

L'état général du sujet traité est du reste le meilleur des critériums. S'il reste ou devient médiocre, c'est qu'il y a quelque erreur dans le traitement. Il doit en effet, si les étapes de celui-ci sont prudemment et sans défaillances appropriées au cas, devenir et rester excellent : conséquence logique du fonctionnement aisé des organes thoraciques et abdominaux qu'assure l'immobilisation en bonne position.

M. Wullstein (de Halle) présente des colonnes vertébrales de chiens qu'il a rendus scoliotiques au moyen d'une ceinture en cuir offrant un dispositif spécial. Il insiste sur l'intérêt de ces scolioses expérimentales.

MM. Villemin (de Paris), Frœlich (de Nancy) et Gourdon (de Bordeaux) s'élèvent contre le mode de traitement de la scoliose présenté par M. Chipault. Ils ont reconnu dans un grand nombre de cas que les corsets inamovibles donnaient des résultats déplorables. Il ne faut pas avoir pour but d'ankyloser les vertèbres; dans la scoliose il faut au contraire mobiliser la colonne vertébrale et arriver par un massage et une gymnastique muscu-

laire bien appropriée, rendre à celle-ci toute la souplesse nécessaire à la cure de cette affection.

M. Piéchaud (de Bordeaux) est aussi partisan de la mobilisation dans le traitement de la scoliose chez les enfants et des adolescents.

Tel n'est pas l'avis de M. Sayre (de New-York), qui expose les résultats qu'il a obtenus par le traitement de la scoliose au moyen du corset qui porte son nom. Il démontre ensuite sa façon de l'appliquer pour obtenir le redressement des scoliotiques.

M. Albert Mills (de Bruxelles) expose des considérations sur deux cas assez rares de tumeurs abdominales chez les enfants : un *cas de tuberculose de l'épiploon* opéré avec succès; un *cas de sarcome rapide du mésentère* où l'intervention n'a pas été favorable. Il attire l'attention sur ce fait que le diagnostic n'est pas toujours facile et que, dans tous les cas, c'est la laparotomie exploratrice qui seule peut indiquer l'intervention. Il fait ressortir la rareté de cas semblables surtout dans la forme clinique et anatomo-pathologique où ils se sont présentés.

M. S. Bernheim (de Paris) lit une étude sur la *circoncision*. Il déclare avoir eu à intervenir plus de 3,600 fois chez des sujets de tout âge et avoir encore examiné le prépuce d'un plus grand nombre d'individus. D'une pratique de dix-sept années, il tire les conclusions suivantes :

1° Le prépuce est un organe offrant souvent des malformations congénitales ou acquises; il est très irrégulier de forme. Ces malformations, gênantes pendant l'enfance, peuvent être le point de départ de mauvaises habitudes (masturbation) ou d'infirmités (rétention ou incontinence de l'urine). A l'âge adulte, elles constituent un empêchement aux rapports sexuels et favorisent toute espèce d'inoculations infectieuses (chancres simples, ou syphilitiques, blennorrhagie, épithélioma, végétations, tuberculose). Quelquefois même, elles sont la cause de la stérilité. Il est donc utile d'examiner chez tous les nouveau-nés cet organe.

2° Quand il existe une de ces difformités rencontrées chez les nombreux enfants que l'auteur a examinés, on pratique : soit la rupture des adhérences préputiales, quand cette simple intervention suffit, soit une opération irrégulière ou régulière. Souvent on est forcé de se contenter d'une opération irrégulière par suite de complications accidentelles. On opère alors suivant les circonstances et aucune règle chirurgicale ne peut être imposée. Les opérations régulières consistent à dilater le prépuce ou à en faire l'ablation. La dilatation ou l'excision partielle du prépuce sont de mauvaises opérations, puisqu'il se produit à la suite des phimosis cicatriciels. Au surplus, le prépuce est un organe absolument inutile et sa présence ou son absence n'influe en rien sur le sens génital.

3° De toutes les interventions préputiales, la circoncision est donc la plus salutaire. Exécutée d'après un procédé simple, que l'auteur a pratiqué un

très grand nombre de fois, cette opération n'entraîne que très exceptionnellement des accidents peu graves.

Des statistiques nombreuses entre circoncis et non circoncis, on peut conclure que cette opération hygiénique est utile à différents points de vue moraux et matériels.

DEUXIÈME RAPPORT

M. BRADFORT (de New-York) fait un rapport sur le *traitement du mal de Pott dans la phase où la gibbosité est un fait accompli.* Pour lui un traitement du mal de Pott consiste dans des mesures générales propres à amener le métabolisme normal, et aussi les mesures tendant à avancer la protection des parties affectées contre la pression injurieuse et les chocs.

Si une difformité est déjà établie, son traitement présente à considérer :

1) Des mesures de correction de la courbe existante;

2) L'arrêt de tout le développement subséquent de la courbe ;

3) La diminution de l'accroissement de la courbe.

Les mesures à employer varient nécessairement en raison des conditions pathologiques aussi bien que de la partie de la colonne spinale atteinte.

Mesures de correction. — Les mesures pour le traitement correctif dépendent de la condition de la partie atteinte. Quand l'affection est aiguë, la correction est facile; quand elle a longtemps existé, et que l'ostéite ossifiante est déjà établie, il faut user de beaucoup de force. Quand l'ankylose osseuse est établie, une section ou un brisement de l'os est nécessaire pour en faire la correction. La meilleure méthode d'appliquer la force corrective est celle qui injurie le moins les tissus. La traction exerce sur les courbes secondaires une force qui quelquefois n'est pas nécessaire. Dans la région cervicale, la traction produira son effet; dans la région mi-dorsale, la traction séparera les vertèbres atteintes; mais une force antéro-postérieure non seulement produira son effet, mais le fera bien plus sûrement.

Le traitement correctif demande pour son efficacité que la colonne vertébrale soit tenue pour une longue période dans la position normale. Du degré de la réparation possible dépend le degré de la correction. On ne doit pas oublier qu'il y a quelque danger dans la correction de force, mais celui-ci n'est pas très grand si on l'emploie avec assez de jugement. Cette méthode s'applique souvent pour faire disparaître la paraplégie du mal de Pott. Quand il faut employer beaucoup de force, la méthode corrective ne se recommande pas s'il faut rompre l'os à la place de l'ostéite tuberculeuse. L'ostéotomie de la cyphose n'est pas à recommander.

Arrêt du développement de la courbe. — Dans certaines positions de la colonne vertébrale, et dans certaines conditions pathologiques, il n'est pas désirable d'entreprendre la correction de la difformité. Quand celle-ci n'est pas grande, même chez les enfants en pleines croissance, la courbe peut être arrêtée par l'emploi efficace d'un appareil convenable qui la tient bien. Des corsets plâtrés appliqués sur le patient dans une position rectifiée, sans l'emploi d'anesthésie, ou des corsets d'acier appliqués de façon à obtenir

une position aussi rectifiée que possible, présentent un mode de traitement qui donne des promesses de succès dans l'arrêt de l'accroissement de la courbe ou même dans la diminution de la courbe elle-même.

Diminution de l'accroissement de la courbe. — Quelquefois dans une guérison complète avec l'ankylose osseuse, ou dans une courbe cervicale ou mi-dorsale prononcée, il n'est pas indiqué d'essayer la correction forcée.

Un arrêt de l'accroissement de la courbe est quelquefois difficile à cause de la croissance d'un malade avec sa colonne vertébrale difforme, ou à cause de la difficulté mécanique d'assurer la fixation nécessaire pour une longue période. Dans ces cas le traitement produit une diminution de l'accroissement de la courbe à mesure que le malade grandit. Cet accroissement est souvent dû aux courbures secondaires à la cyphose, et non pas à l'ostéite tuberculeuse. On peut le diminuer par un traitement mécanique.

M. Redard (de Paris) a pratiqué le redressement dans le mal de Pott chez plus de 120 malades.

Il exerce des tractions par les bras et les jambes à l'aide d'un appareil avec vis à manivelles. La contention s'obtient au moyen d'un appareil plâtré. Cette réduction est naturellement impossible dans le cas d'ankylose des vertèbres. Comme accidents, l'auteur a observé des escarres et un cas de paralysie qui n'a pas duré. Sur 60 malades ainsi traités depuis un temps suffisant et suivis, on trouve 14 résultats parfaits, 29 assez bons, 10 médiocres et 4 morts par généralisation survenue tardivement.

M. Mouchet (de Paris) trouve inutile de réduire les gibbosités accentuées qui se reproduisent malgré l'application méticuleuse d'un appareil bien fait et le décubitus prolongé. Lorsqu'il s'agit de gibbosités récentes, l'application du corset plâtré dans la suspension de Sayre et sous le chloroforme lui paraît être le traitement le plus rationnel. Mais pour que ce traitement soit efficace, il faut qu'il soit précoce et prolongé.

Il ne touche jamais aux gibbosités cervicales, ni aux gibbosités qui compliquent un abcès, un état cachectique avancé ou bien une tuberculose pulmonaire accentuée.

Ducroquet (de Paris) insiste sur les bons résultats obtenus dans les maux de Pott, par les appareils en celluloïd, souples et légers ; ils maintiennent l'immobilisation des sujets sans nuire à leur bon état fonctionnel et facilitent l'ankylose vertébrale en bonne position.

M. Phocas (de Lille) ne tente jamais le redressement des gibbosités consécutives aux maux de Pott. Il considère comme dangereux ce redressement. Il immobilise ses malades dans le décubitus dorsal au début, puis dans des appareils plâtrés.

M. Kirmisson (de Paris) maintient au repos tous les maux de Pott, soit dans un appareil plâtré, soit dans une gouttière de Bonnet qu'il a modifiée,

en y ajoutant une articulation pour favoriser les soins de propreté. Il se sert aussi en même temps de l'extension continue et ne permet la marche qu'après douze à dix-huit mois. A cette période de l'évolution des lésions, il applique un appareil de soutien en plâtre ou cuir moulé qui remonte très haut et descend très-bas.

M. Calot (de Berck) a complétement abandonné sa méthode de déroulement violent et brutal des gibbosités pottiques.

Dans la traitement nouveau, dit-il, il y a deux choses :

1° Des appareils de contention du rachis (soit dans le décubitus horizontal, soit dans la marche) — appareils beaucoup plus parfaits et plus précis que ceux que l'on avait jusqu'ici ; à savoir : le grand appareil plâtré emboîtant la base du crâne et l'appareil à col officier — l'un et l'autre compatibles avec la marche.

Ceci est le progrès indiscutable et indiscuté. Ce qui est discutable, c'est dans quelle position de l'enfant il faut appliquer ces appareils ;

2° Avant l'application des appareils tout le monde acceptera une simple mise en bonne attitude du rachis (or au début cela suffit).

Cette mise en bonne attitude se fait par des moyens d'une bénignité absolue, ce qui est aujourd'hui possible et aisé si l'on veut s'en tenir aux préceptes qu'il a donnés autrefois.

Pour lui, il y voit la possibilité de mieux faire la décompression, d'arrêter plus sûrement les progrès de la gibbosité et il ose ajouter de la corriger plus ou moins notablement, bien entendu suivant les cas.

A qui donc demanderait ce que l'on peut à l'heure actuelle pour le traitement du mal de Pott il répondrait :

1° On peut guérir intégralement le mal de Pott au début sans abcès, sans paralysie, sans gibbosité, et empêcher, dans ce cas, à l'aide d'un grand appareil plâtré, non pas l'abcès, mais la paralysie et la gibbosité de paraître ;

2° On peut guérir intégralement le mal de Pott avec abcès sans intervention sanglante ;

3° De même le mal de Pott avec paralysie, pour lequel toute opération sanglante doit être proscrite, le redressement non sanglant et la contention dans le grand appareil plâtré ayant raison dans tous les cas de cette paralysie ;

4° Pour le mal de Pott avec gibbosité :

a.) On peut empêcher celle-ci de se produire.

b.) On peut généralement la corriger lorsqu'elle n'est ni trop ancienne ni trop volumineuse.

c.) On peut enrayer son aggravation lorsqu'il n'est pas possible de l'effacer complètement ou lorsque les parents, bornant leurs désirs, ont demandé au chirurgien d'arrêter simplement cet effondrement progressif de la colonne vertébrale.

Y a-t-il donc un autre traitement dont on puisse en dire autant?

En somme, il ressortira, croit-il, de cette étude que l'on oppose à la

politique de ne rien faire la politique de l'effort persévérant et continu.

Le résultat sera loin d'être toujours parfait, surtout lersqu'il s'agit de vieilles gibbosités; il arrivera même quelquefois qu'il sera loin d'équivaloir au mal qu'il aura coûté; mais la moyenne des résultats obtenus par cette thérapeutique toujours attentive et toujours agissante qui constitue le nouveau traitement sera toujours incomparablement supérieure à celle que donnaient les traitements anciens qui constituaient la politique du laisser aller, du ne rien faire.

M. Villemin (de Paris) n'est nullement partisan du redressement forcé dans les maux de Pott. Que ce redressement soit pratiqué brusquement par l'extension et la contre-extension du sujet ou bien par la suspension modérément faite au moyen de l'appareil de Sayre, c'est une manœuvre toujours pleine de danger. Dans un cas qui lui est personnel, la suspension de Sayre, faite avec les plus grandes précautions à l'hôpital, s'accompagna de mort chez un enfant. A l'autopsie pratiquée à la Morgue, on trouva deux ou trois corps vertébraux complètement détruits; de plus il existait un abcès s'étant ouvert dans la plèvre droite et ayant refoulé le poumon.

M. Chipault (de Paris) se sert au début du mal de Pott d'un grand appareil plâtré. Si la gibbosité est réductible, il essaie de la réduire et de la maintenir telle par la suspension par les pieds, avec ou sans chloroforme, avec ligature des apophyses au fil d'argent, suivant son procédé.

S'il y a paraplégie, il y remédie, en ouvrant le foyer, de façon à remédier à la gêne de la circulation médullaire.

M. Frœlich (de Nancy) n'essaie jamais de redresser les gibbosités pottique, et cela de peur d'accidents.

MM. Piéchaud et Gourdon (de Bordeaux) constatent que la réduction violente des gibbosités pottiques perd de plus en plus de terrain. Ils ne sont partisans ni l'un ni l'autre des gouttières de Bonnet, ni des grandes gouttières plâtrées, à cause de la difficulté que l'on éprouve à donner aux malades tous les soins de propreté désirables. Ils préfèrent de beaucoup le maintien au lit sur un matelas dur, avec un corset souple immobilisant le malade. Une extension légère peut être facilement pratiquée dans ces conditions.

TROISIÈME RAPPORT

Indications thérapeutiques dans l'appendicite. — M. Roux (de Lausanne), estime que la plus urgente des indications en pareil cas est de savoir ce qu'il faut ne pas faire.

On proscrira les purgatifs d'une manière absolue dans tout le cours de l'appendicite; même dans la convalescence, on saura les remplacer par des lavements qui, eux-mêmes, ne seront destinés en aucun cas à remonter au-dessus de l'ampoule rectale. On ne s'en laissera imposer ni par le souvenir

de crise favorable sitôt après une évacuation abondante — qui est la conséquence plutôt que la cause de la guérison — ni par les signes de pseudo-iléus inflammatoire, fréquemment observé.

On évitera de transporter le malade où que ce soit.

On obtiendra de même l'immobilité de l'intestin par l'opium, administré de préférence par la voie rectale. Pour ne pas en abuser et paralyser intestin et vessie on pourra calmer les douleurs trop vives du début par une injection de morphine.

Diète absolue pour les premières heures et aussi longtemps qu'il y a des vomissements. Ensuite calmer la soif par quelques gouttes de liquide sur la langue, tout au plus : par de microscopiques lavements d'eau salée; très exceptionnellement et en cas de détresse, par quelques injections sous-cutanées. Applications prudentes de glace; éventuellement maillots tièdes.

Indications opératoires : diminuer de 75 p. 100 au moins les cas d'appendicite aiguë en opérant « à froid » après la première crise dûment constatée.

Agir de même vis-à-vis des cas désignés comme colique appendiculaire et observés par un médecin instruit et consciencieux si l'appendice est sensible à la pression.

Dans l'accès, l'opération ne sera en aucun cas décidée dès que le diagnostic est posé, mais en tenant compte d'indications précises ou tout au moins pesées, chaque fois.

Lorsque le diagnostic est certain et que l'on est sûrement dans les premières vingt-quatre à trente-six heures après le début du mal, ce qui se rencontrera très rarement dans la pratique, l'opération n'est guère plus dangereuse que l'excision « à froid » et on pourra la tenter à ce moment, si les conditions de milieu et d'opérateur sont idéales. A plus forte raison peut-on le faire dès les premières heures, avec grand succès, lorsque le malade est mis sur ses gardes par un accès précédent et qu'il regrette de n'avoir pas suivi un bon conseil.

Passé ce temps — et c'est ce qui arrive ordinairement avant qu'on appelle le médecin et surtout le chirurgien, — l'opération à la Dieulafoy se ferait dans des conditions défavorables et ferait courir au malade par elle-même, neuf fois sur dix au moins, des risques sans proportion avec la gravité de son mal.

Autant l'opération peut paraître justifiée et relativement favorable dans les premières heures, autant elle est incertaine et assez souvent dangereuse en elle-même dans ce qu'on peut appeler la période intermédiaire, pendant laquelle les signes alarmants devraient fréquemment faire prévoir un échec opératoire plus encore que pousser à l'intervention, s'il n'y avait pas entre médecin, chirurgien et l'entourage du malade un fatal entraînement mutuel.

Bientôt arrive, jusqu'au quatrième et cinquième jour, la période d'accalmie relative et de localisation. On trouve un exsudat palpable, pourvu qu'on sache le chercher (rectum, vagin, hypocondre, etc.), car il y a toujours un foyer purulent dans tous les cas où l'idée d'une opération surgit. On l'abandonne à la résorption spontanée, si tous les symptômes s'amendent ensemble, et l'on attend l'opération « à froid ».

Si la fièvre persiste, avec douleur, augmentation de l'exsudat, pouls rapide et facies désagréable, l'opération est justifiée.

Elle l'est aussi lorsque la fièvre reparait ou devient hectique, avec recrudescence de l'exsudat et apathie du sujet. Elle est surtout indiquée en cas de frissons ou dissociation du pouls et de la température, dans le sens d'un pouls rapide avec courbe thermique fléchissante (la dissociation en sens contraire n'est pas alarmante).

Les indications tirées de l'analyse des urines et de la leucocytose ne sont ni assez nettes ni assez fidèles pour être utilisées.

Il arrive cependant, lorsqu'on a vu beaucoup d'appendicites, qu'on intervient parce que le malade fait *mauvaise impression*, tout court. Cette indication lorsqu'elle se présente, est aussi précise qu'elle est indéfinissable.

Une abondante sécrétion urinaire empêchera de voir la situation trop en noir. C'est un signe précieux.

L'ouverture et la neutralisation de l'abcès est le but immédiat, bien plus que l'excision de l'appendice. Celui-ci sera enlevé s'il se présente complaisamment. Sinon, il sera pris « froid », et non pas les jours suivants, par la même ou une autre ouverture,

L'opération en deux temps est une opération de nécessité, un accroc.

En se dirigeant ainsi, on laissera mourir quelques rares appendicites à forme septicémique, mais on évitera d'en tuer un beaucoup plus grand nombre.

M. Jalaguier expose ses opinions sur le même sujet. Tout appendice iléo-cæcal qui a été, ne fût-ce qu'une seule fois, atteint d'appendicite bien caractérisée, doit être considéré comme dangereux et justiciable de l'intervention chirurgicale. Mais à quelle époque cette intervention doit-elle avoir lieu? Telle est la question que l'on doit se poser. M. Jalaguier n'est pas partisan de l'opération au début des accidents aigus; il n'est pas un interventionniste hâtif.

Son expérience personnelle lui a prouvé que mieux vaut user tout d'abord de la thérapeutique médicale. Grâce à cette thérapeutique, les phénomènes inflammatoires et infectieux se localisent et s'atténuent presque toujours et la crise d'appendicite se termine par la résorption spontanée des exsudats. L'examen attentif du malade permet de se rendre compte de l'évolution de la maladie et la localisation des accidents se traduit par des signes cliniques suffisamment précis pour qu'on puisse espérer ne pas se laisser surprendre par des complications irrémédiables. L'auteur nomme ce traitement un traitement d'épreuve. Il consiste à mettre les malades à la diète et à l'immobilité la plus absolue. Si la langue est sèche et la soif vive, on peut permettre l'absorption d'eau de Vichy, de thé, de café très léger. La première tasse de lait ne doit être administrée que le lendemain du jour où la température sera redevenue normale. L'opium doit être cessé dès que les douleurs ont disparu; vingt-quatre ou trente-six heures après la fin de la crise, on ordonnera des suppositoires ou un lavement, puis une faible dose d'huile de ricin.

Si la localisation doit se faire, on voit les accidents s'amender rapidement; la douleur, d'abord diffuse, tend à se limiter à la région de l'appendice, la paroi abdominale recouvre sa souplesse, excepté dans la fosse iliaque droite, les vomissements cessent ou diminuent de fréquence, les caractères du pouls s'améliorent, le visage perd son aspect grippé. Ordinairement on est fixé au bout de douze ou vingt-quatre heures. Donc l'apparition de l'induration, du plastron de la fosse iliaque est un signe favorable et, une indication à persévérer dans le traitement médical.

Dans bien des cas l'amélioration est si franche au bout de trente-six à quarante-huit heures, que toute incertitude relativement à la localisation de la péritonite disparait.

Dans les cas graves, après l'atténuation des phénomènes plus ou moins intenses de péritonisme ou de péritonite généralisée, on voit persister pendant quelques jours des symptômes de péritonite circonscrite et d'infection générale. La température est élevée, le pouls vif et rapide, la langue est sale, parfois un peu sèche, les douleurs abdominales restent assez vives avec prédominance vers la fosse iliaque droite; il y a presque toujours un certain degré de ballonnement avec contracture des muscles du côté droit et hyperesthésie cutanée. La constipation est absolue et l'émission des gaz est supprimée.

Il n'est pas rare d'observer, en même temps, de la rétention d'urine ou de la dysurie. D'ordinaire l'expression de la physionomie n'est que peu altérée.

Les choses peuvent rester en cet état pendant trois, quatre, cinq jours et même davantage, sans qu'il y ait lieu de désespérer de la terminaison favorable, pourvu que le pouls et la température soient concordants, s'il n'y a pas d'agitation, et, surtout, si l'on peut assister à la formation d'une induration, véritable plastron, qui indique le travail de défense de la séreuse péritonéale. On sera tout à fait rassuré si en même temps reparait l'émission des gaz. Si la température s'abaisse pendant que le pouls devient rapide, c'est l'indice presque certain de l'extension de la péritonite. Il n'y a plus à temporiser.

L'indication d'opérer sans s'attarder au traitement médical se présente si l'on constate les symptômes suivants : fièvre vive durant depuis plus de cinq à six jours avec ou sans frissons, diarrhée fétide, état typhoïde, douleur vive, spontanée, revenant par crises, douleur excessive à la pression au niveau de l'empâtement, discordance entre la température et le pouls, etc.

Il faut opérer encore lorsque la généralisation de la péritonite est un fait accompli; le traitement médical, à cette période, n'a plus guère de chance de réussir; mais il ne faut opérer que si la péritonite est caractérisée par une réaction inflammatoire franche, et si l'organisme paraît en état de supporter le traumatisme opératoire. Si le pouls a disparu, ou bien s'il présente des intermittences, mieux vaut s'abstenir. Dans la forme purulente, inflammatoire de la péritonite généralisée, on a jusqu'au quatrième ou cinquième jour quelques chances de sauver le malade. Dans la forme septique diffuse, au contraire, l'intoxication est tellement rapide que la situation est déses-

pérée après trente-six ou quarante-huit heures et, pour sa part, il n'opère plus dans ces conditions.

En effet, il a opéré 25 fois pour des péritonites généralisées, et ces opérations ont été pratiquées d'emblée sans qu'il se soit attardé au traitement médical. Il a eu 20 morts et 5 guérisons. Dans 13 cas il s'agissait de péritonites inflammatoires franches à grands enkystements; c'est dans cette série qu'il compte ses 5 guérisons. Douze fois, il a eu affaire à des péritonites septiques diffuses et ses 12 opérés ont succombé. Depuis le 4 juillet 1897, il n'a pas eu l'occasion d'opérer un seul cas de péritonite généralisée; cela ne veut pas dire qu'il ne s'en présente pas encore quelques cas, mais ils sont certainement beaucoup plus rares qu'autrefois, parce que l'on sait mieux traiter l'appendicite.

Il est devenu de plus en plus abstentionniste et, grâce aux injections massives de sérum, employées dès le début, il a pu amener à la guérison des malades présentant des appendicites sévères et qu'il aurait certainement opérés autrefois. Ces malades, observés depuis trois ans dans la clientèle de la ville, sont au nombre de 11; ils étaient tous très gravement atteints; il a cru pouvoir porter le diagnostic de péritonite généralisée ou, tout au moins, en voie de généralisation, et 10 ont guéri sans intervention. C'est évidemment une série heureuse, et il n'espère pas toujours de pareils résultats; on pourra dire aussi qu'il n'a pas la preuve de l'exactitude de son diagnostic; il en convient; mais ce qu'il peut affirmer, c'est qu'il aurait opéré immédiatement ces 11 malades il y a cinq ou six ans.

Voici maintenant la statistique intégrale des malades qu'il a observés en crise aiguë d'appendicite et non opérés pendant cette crise :

Il a pu observer pendant la période aiguë 136 cas d'appendicite qui lui ont paru justiciables du traitement médical et de l'expectation. Sur ces 136 cas, la guérison avec résolution a été obtenue 121 fois. (Les 11 cas qu'il vient de citer sont compris dans cette statistique.)

10 malades ont dû être opérés à chaud, 7 par lui-même et 3 par des collègues; ils ont guéri. 2 malades ont guéri spontanément après évacuation d'un abcès par le rectum ou la vessie. 3 malades ont succombé.

Tel est son bilan. Il a perdu, il est vrai, 3 malades sur ces 136, mais il n'en reste pas moins le fait incontestable que, sur ces 136 malades, 121 atteints d'appendicite aiguë (parmi lesquels 32 étaient particulièrement graves), sont arrivés à la résolution sans intervention; 10 ont guéri après intervention, 2 par évacuation spontanée. M. Jalaguier ne peut croire qu'on aurait obtenu de meilleurs résultats en opérant d'emblée ces 136 malades.

Pour lui, le fait qu'on trouve, en opérant un cas aigu, l'appendice gangrené ou perforé, un abcès circonscrit au centre d'un volumineux empâtement, le fait même qu'il y a du liquide plus ou moins louche dans une partie de la cavité abdominale, ne prouve pas du tout que le malade n'aurait pu guérir sans intervention; la phagocytose péritonéale est d'une activité extrême et les moyens de défense de l'organisme sont puissants quand on ne les contrarie pas.

De plus, en réséquant hâtivement un appendice, chose habituellement

facile, on peut voir se produire des accidents d'ictère grave ou d'urémie le plus souvent; il ne faut pas oublier en effet que l'appendicite, n'étant bien souvent que l'expression d'une infection générale et pouvant coïncider avec d'autres manifestations infectieuses gastro-intestinales ou hépatiques, il n'est pas sans danger de troubler par un traumatisme opératoire les efforts que fait l'organisme pour se débarasser des agents infectieux.

L'intervention hâtive présente encore un autre danger : elle expose à faire opérer quelquefois, après un diagnostic précipité et incertain, des malades atteints d'affections simulant l'appencidite par quelques-uns de leurs symptômes, entre autres la fièvre typhoïde, la grippe à localisations intestinales, l'entéro-colite survenant par crises, voire même de simples coliques hépatiques ou néphrétiques, opérations toujours inutiles, souvent nuisibles, dont on connaît plusieurs exemples authentiques.

Doit-on rechercher dans tous les cas l'appendice, après l'ouverture de l'abdomen? Oui, si cette recherche est faite en respectant les adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale. Dans le cas où cette recherche dans les parois d'un foyer septique devient un danger, mieux vaut s'abstenir; s'il persiste une fistule intarissable, il sera toujours temps de pratiquer plus tard la résection secondaire de l'appendice.

M. Jalaguier a opéré « à chaud », en suivant cette règle de conduite, dans 24 cas d'appendicites circonscrites suppurées : Il a eu 22 guérisons et 2 morts.

Dans les 22 opérations suivies de guérison, deux fois seulement il a enlevé l'appendice gangrêné; ces 22 cas ont guéri plus ou moins vite; mais, sauf un, ils n'ont pas de fistule.

Telles sont les indications thérapeutiques pendant la crise aiguë.

Quant aux indications de l'opération « à froid », elles sont précises. Pour M. Jalaguier, on doit pratiquer la résection à froid après une crise aiguë unique terminée par une résolution complète. C'est une mesure de prudence pleinement justifiée; mais il ne suffit pas que les accidents aigus soient calmés depuis quelques jours; il est indispensable que toute inflammation ait disparu, que les exsudats soient résorbés ou du moins aient perdu leur virulence. Il faut attendre quinze ou vingt jours après la fin de la crise pour les cas plus sérieux. La perspective des grossesses possibles dans un avenir plus ou moins éloigné doit faire conseiller l'opération chez toutes les jeunes femmes qui ont eu une crise bien nette d'appendicite.

Enfin l'état de grossesse ne change rien aux indications thérapeutiques.

L'opération est aussi justifiée dans l'appendicite chronique proprement dite. La seule contre-indication est tirée de l'âge avancé des malades ou bien de l'altération de l'état général due à l'obésité ou au diabète.

M. Rydygier (de Léopol, Autriche) montre une pièce d'appendicite. Dans son cas l'appendice avait perforé l'iléum et formait une saillie dans la lumière de l'intestin, de sorte que l'on pouvait supposer avoir affaire à une production polypeuse de cet organe.

M. Reynier (de Paris) opère toutes les appendicites à froid. Il cite des observations dans lesquelles le plus souvent il a eu des insuccès pour être intervenu à la période aiguë. Il se sert beaucoup de très larges vessies de glace sur l'abdomen pour refroidir l'appendicite.

M. Duret (de Lille) a eu des succès dans ses opérations d'appendicite pratiquées soit à la période aiguë soit à la période à froid. De plus en plus il considère comme plein de difficultés ce problème qui consiste à formuler des règles pour le traitement de l'appendicite.

Il y a cependant danger à ne jamais intervenir dans la période aiguë, et l'abstention systématique, à cette époque, serait aussi néfaste que la pratique inverse, que l'intervention à outrance. Par une opération faite à temps, on évitera des complications telles qu'abcès du foie, pleurésies purulentes, abcès enkystés du péritoine à distance, etc.

M. Kirmisson (de Paris), d'abord interventionniste, ne l'est plus maintenant. Il ne veut pas revenir sur les nombreuses observations dont il a donné le compte rendu à la Société de Chirurgie et qui prouvent que l'intervention à la période aiguë donne le plus souvent des déboires; elle est de plus inutile, car, les appendicites aiguës bien soignées tendent à la résolution. Il faut donc tout mettre en œuvre pour refroidir l'appendicite et opérer à froid.

M. Paul Coudray (de Paris) présente un *appareil destiné au traitement des suppurations par les pulvérisations antiseptiques.*

Cet appareil a été imaginé par M. Guilmeth. C'est une sorte de siphon contenant du chlorure d'éthyle pur dans lequel on introduit, par un dispositif spécial, un antiseptique quelconque : iodoforme, salol, menthol, gaïacol, etc. Cet appareil se nomme *Ipsileuse.*

On sait que le chlorure d'éthyle bout à 10 degrés. Or, quand on élève la température de ce liquide à 25 ou 30 degrés, ce corps s'échappe de l'appareil en gaz doué d'une certaine pression entrainant avec lui les particules finement divisées de l'antiseptique choisi, puis, au contact des tissus, il se volatilise presque instantanément; de là une imprégnation très bonne des surfaces infectées.

Il y a donc 1° un effet mécanique, résultat de la pression, par lequel les corps liquides et solides adhérant plus ou moins aux drains ou aux parois des foyers infectés sont chassés des plaies; or, ces corps étrangers, caillots sanguins, débris solides résultant des produits de déchéance des tissus, sont souvent rebelles aux lavages ordinaires. 2° Outre cet effet mécanique, on obtient un dépôt réel d'antiseptique qui se fixe dans les coins les plus reculés et les trajets parfois multiples et compliqués.

Quant aux résultats obtenus à l'aide de ce mode d'antisepsie, ils ont été publiés dans la thèse de M. Paul Sempé. Sur les 30 observations que renferme ce travail, 5 sont relatives à des plaies infectées des parties molles dans lesquelles la guérison a été rapide. 19 ont trait à des plaies d'origine

tuberculeuse; 2 adénites suppurées du cou avec altération de la peau : guérison prompte après incision simple sans grattage, suivie de pulvérisations iodoformées; 6 coxalgies anciennes infectées ou fistuleuses : 4 guérisons, 1 cas en voie de guérison, 1 malade parti très amélioré; 3 maux de Pott avec abcès infectés ou fistuleux : 1 guéri, 2 sur le point d'être guéris. 6 ostéites du tarse antérieur ou postérieur. 1 ostéite des os de la face. 1 ostéite du maxiliaire inférieur. 6 sont relatives à des ostéites ou ostéomyélites non tuberculeuses dont 3 mastoïdites, une due à M. Reynier.

M. Phelps (de New-York) insiste sur le *traitement des tuberculoses osseuses* par l'acide phénique pur et par leur drainage au moyen de gros tubes en verre.

M. Launois (de Paris), présente un enfant de trois ans offrant *une absence congénitale des deux tibias*. Les péronés sont bien développés, les jambes sont repliées en dedans des cuisses et l'enfant marche sur les condyles fémoraux. Grâce à la radiographie, on peut voir clairement que les deux tibias font complètement défaut.

MM. Piéchaud (de Bordeaux) et Lannelongue (de Paris) ont vu des cas semblables. L'amputation leur paraît indiquée le plus souvent.

M. Charles Leroux (de Paris) présente une série de photographies de *jeunes rachitiques*, faites à l'entrée et à la sortie des sanatoriums de Banyuls-sur-Mer et Saint-Trojan, qui montrent les *heureux effets de la cure marine dans le redressement des déformations rachitiques*.

Les résultats généraux ont été les suivants : sur 156 rachitiques traités, on a obtenu 108 guérisons, soit plus de 69 pour 100. 32 ont été améliorés; 11 sont sortis sans modification aucune; 5 sont morts de troubles digestifs, de maladies intercurrentes ou de tuberculose. Chez la plupart, on constate le redressement complet des déformations rachitiques, une amélioration considérable de l'état général indiquée par l'augmentation du poids, et de la taille, plus rapide par la cure marine que par tout autre traitement.

Le *traitement des tuberculoses chirurgicales dans les sanatoriums marins* donne aussi d'excellents résultats, mais à deux conditions : 1° Y envoyer les enfants dès le début de leur affection, sans attendre la période de suppuration et de cachexie; à agir vite, il y aurait pour les enfants économie de souffrance et pour les administrations économie de frais de séjour;

2° Prévoir toujours un séjour prolongé, ordinairement plusieurs années.

A ces conditions seules, on obtiendra des guérisons définitives, les rechutes seront rares et les décès ultérieurs exceptionnels.

M. Ducroquet insiste sur le bon effet du traitement ambulatoire des tuberculoses du membre inférieur grâce à son appareil.

M. Vullstein (de Halle) montre un *appareil de traction* et d'extension des membres qui lui a rendu et lui rend encore les plus grands services pour le redressement des scolioses et des maux de Pott.

M. DESCHAMPS (de Liège) expose les *cas de lithotritie et de taille hypogastrique* qu'il a eus à pratiquer chez les enfants. Les calculs étaient tous primitifs et de composition urique ou oxalique. L'un d'entre eux, qu'il fait passer, est du volume d'une grosse noix.

Il revient sur le *traitement des maux de Pott* par la méthode de *redressement brusque* et avoue n'avoir aucune confiance dans ce procédé autrefois préconisé par Calot.

M. PÉRAIRE (de Paris) donne la *statistique des greffes musculo-tendineuses* qu'il a pratiquées pour remédier aux *troubles fonctionnels et aux déformations du membre inférieur produites par la paralysie infantile.*

En 1898, il avait opéré sept enfants atteints de pieds bots acquis, avec le concours du Dr Mally, actuellement professeur à l'école de médecine de Clermont-Ferrand. Depuis cette époque il a eu l'occasion d'intervenir cinq fois; dans deux cas, il s'agissait de jeunes filles de quinze à dix-sept ans. Toujours il a obtenu une disparition complète des déformations, une amélioration notable de la marche, et une disparition complète de la fatigue produite par cette marche.

Dans un cas de paralysie spasmodique, le succès a consisté non seulement dans la correction de l'attitude, mais aussi dans la disparition du spasme. C'est d'ailleurs le seul cas de paralysie spasmodique pour lequel il a eu à intervenir.

La technique opératoire n'est nullement difficile. Il a toujours employé les procédés les plus simples d'asepsie. Jamais il ne s'est servi du masque ni des gants de fil comme le fait Vulpius d'Heidelberg, en pareil cas. Pour unir le muscle paralysé au muscle sain, il n'en sacrifie aucun. Il met en connexion le bout périphérique du tendon du muscle malade dédoublé avec le tendon du muscle sain. Il applique de la même façon le muscle sain contre le muscle malade au moyen d'un surjet, après les avoir avivés tous les deux. Il est très facile de voir que les muscles paralysés sont jaunâtres, ont une teinte cireuse tandis que les muscles vivants se différencient par leur coloration rougeâtre.

L'auteur croit que cette opération de greffe musculaire, de transplantation tendineuse, est appelée non seulement à donner des succès momentanément brillants, mais aussi des résultats durables sous tous les rapports. Il formule les indications et les contre-indications de la greffe musculaire et sa valeur physiologique.

Indications de l'opération. — Il faut avoir d'abord recours, dit-il, à l'exploration électrique, c'est-à-dire à la méthode de Duchenne (de Boulogne), de Erb, de Remak et des neurologistes allemands actuels, pour déterminer non seulement les muscles paralysés, mais encore leur degré d'altération histologique. Les différentes formes de la réaction de dégénérescence, les différents degrés de l'excitabilité électrique permettent de savoir si tel muscle atrophié a subi la dégénérescence totale ou simplement l'atrophie numérique, si on peut espérer lui voir reprendre spontanément sa vitalité, ou s'il est perdu pour toujours.

La *première indication* est donc celle-ci : ne tenter la suppléance que des muscles totalement dégénérés.

Deuxième indication : ne recourir à l'anastomose que s'il reste un certain nombre de muscles sains.

L'opération n'est donc bonne que dans les paralysies à la fois *incurables* et *incomplètes*.

Il résulte des recherches qu'il a faites avec son collaborateur que, dans les paralysies du groupe antéro-externe de la jambe, on peut faire suppléer le jambier antérieur et les péroniers par le triceps, et réciproquement, faire suppléer le triceps par les muscles profonds de la jambe et par les péroniers.

La paralysie isolée du jambier antérieur paraît facilement corrigée par l'anastomose tendon à tendon du jambier et de l'extenseur propre du gros orteil. La paralysie isolée des péroniers peut être corrigée par l'anastomose de leurs tendons avec celui du triceps.

On peut ainsi améliorer dans une large mesure l'état fonctionnel de certains pieds bots paralytiques. L'opération de Phelps, plus ou moins modifiée par les chirurgiens actuels, doit être réservée aux pieds bots ballants, dont la jambe ne contient plus de muscles, ou aux pieds bots négligés qui ont acquis des attitudes vicieuses irréductibles. Il reste donc un certain champ d'action pour cette opération, qu'ils ont pratiquée sur leurs malades avec des suites bénignes et des résultats fort encourageants. Ces malades[1] peuvent marcher sans le secours d'appareils orthopédiques, marcher longtemps et accomplir sans fatigue tel trajet familier qui leur demandait jadis un temps beaucoup plus long et de pénibles efforts.

Il y a là un fait chirurgical nouveau et intéressant qui leur paraît digne de fixer l'attention.

En troisième lieu, autres indications d'ordre purement clinique :

Dans le cas de *talus*, il faut greffer les péroniers ou le fléchisseur commun des orteils contractiles sur le tendon d'Achille paralysé.

Dans le cas de *pied bot valgus*, anastomoser le jambier antérieur paralysé adducteur et fléchisseur avec l'extenseur propre du gros orteil contractile, ou avec le long péronier latéral extenseur et abducteur.

Dans le cas de *talus valgus*, réunir le court péronier latéral au long fléchisseur commun des orteils, après avoir passé le premier sous le tendon d'Achille, et suturer le long péronier latéral au tendon d'Achille.

Dans le cas de *pied bot varus équin*, on réunit l'extenseur commun des orteils paralysés à l'extenseur propre du gros orteil non paralysé.

Si l'extenseur propre du gros orteil est aussi paralysé, réunir un segment du jambier antérieur à l'extenseur commun des orteils, ou encore ce dernier aux péroniers.

Dans le cas de *pied bot paralytique ballant*, faire la transplantation du

1. Voir *Méd. moderne*, Paris, 9e année, 5 octobre, 12 octobre, 19 et 23 novembre 1898, nos 69, 70, 81 et 82. M. Péraire et F. Mullg. *Traitement chirurgical de certains pieds bots par la greffe musculaire ou tendineuse.*

muscle extenseur propre du gros orteil sur l'extenseur commun des orteils. Si les muscles élévateurs du bord interne ont prédominance sur les élévateurs du bord externe, emprunter une portion du jambier antérieur et réunir ce segment avec les faisceaux tendineux correspondants du long du péronier latéral.

Pour maintenir parfaite la suture tendineuse, il faut une portion du muscle paralysé. Il faut agir de même sur le muscle suivant, susceptible de bonnes contractions, et les suturer par deux ou trois fils de soie les réunissant bout à bout.

Un appareil plâtré maintient l'immobilité du membre pendant une quinzaine de jours.

Les contre-indications de opération leur paraissent être les paralysies totales des muscles de tout un membre, et les attitudes vicieuses irréductibles. Mais l'examen répété des malades et l'expérience qu'ils ont acquise sur ce sujet leur a fait reconnaître que la paralysie totale est plus rare qu'on ne le croit généralement. La paralysie infantile est en effet dès le début limitée à un certain nombre de muscles. Le siège le plus favorable pour l'opération est la jambe, la cuisse l'est moins. Les muscles de l'avant-bras se prêtent moins bien à l'intervention; cependant Vulpius a enregistré un certain nombre de résultats très satisfaisants.

Physiologiquement, comment agit la greffe musculo-tendineuse?

En faisant travailler un muscle sain au lieu d'un muscle malade. C'est en quelque sorte une prothèse naturelle justifiée par les bons résultats produits dans les cas de section accidentelle des tendons et par leur suture à des extrémités tendineuses différentes. Peut-être peut-on expliquer aussi l'amélioration produite par un changement dans l'activité réflexe des muscles qui se produit dans les centres nerveux, grâce à la transmission de la fonction d'un muscle sain sur un muscle paralysé.

Mais ceci n'est qu'une hypothèse.

En résumé, on peut conclure en disant que la chirurgie orthopédique doit tendre surtout à aider la nature et être éminemment conservatrice.

La greffe musculaire ou tendineuse, appliquée à la cure des pieds bots résultant de la paralysie infantile, répond à ces desiderata.

Ce que les auteurs ont voulu obtenir, ce n'est pas une régénération musculaire, à proprement parler, c'est une suppléance fonctionnelle.

Dire que les muscles récupèrent tout ou une partie de leur intégrité, ce serait beaucoup trop risquer.

Comme suite immédiate, cette opération n'offre aucune espèce de danger si elle a été pratiquée bien aseptiquement.

Un ou deux pansements consécutifs et un appareil plâtré pour maintenir la greffe en bonne position et empêcher les fils de se casser par les mouvements du malade suffisent amplement.

Quant au procédé opératoire, ils préfèrent la greffe anastomotique par dédoublement, greffe tendineuse ou musculaire faite en anastomosant une partie du muscle sain avec une partie du muscle paralysé sans qu'il soit besoin de couper complètement le muscle sain ou le muscle paralysé pour

les réunir l'un à l'autre. L'essentiel est de régler cette intervention d'une façon logique et de ne point en faire une panacée.

Ainsi cette opération n'est pas applicable dans les paralysies étendues où l'on ne peut utiliser les muscles voisins. Dans ces cas, il vaut mieux faire d'emblée l'arthrodèse, l'opération de Phelps, ou la résection des os du tarse.

Enfin, on sera amené à respecter et même à favoriser un certain degré d'équinisme, lorsque cette attitude servira à suppléer à un raccourcissement du membre; dans ce cas, on se bornera à corriger l'attitude en valgus ou en varus qui est seule gênante pour le malade.

Sous forme de conclusions, M. Péraire résume son opinion et celle de son collaborateur de la façon suivante :

Lorsqu'il s'agit d'un pied bot paralytique, chez un enfant ou un adolescent, avec lésions nerveuses définitives, l'anastomose musculo-tendineuse est l'opération de choix. Elle leur paraît préférable à la ténotomie. Elle permet d'éviter, dans la grande majorité des cas, les résections étendues du squelette du pied.

La greffe musculaire doit aussi être tentée au membre supérieur comme au membre inférieur dans les cas de paralysie infantile; car c'est le seul procédé qui paraît devoir jusqu'à présent réaliser la correction de la fonction du membre et des attitudes vicieuses par celui-ci.

M. Kirmisson, en déclarant la session close, se félicite de l'intérêt et de la fécondité des travaux du Congrès. Il souhaite qu'une section spéciale soit dès lors créée pour la chirurgie infantile. A Berlin, en 1890, il avait pu juger de l'avantage de cette spécialisation; à Rome, au contraire, en 1894, la chirurgie infantile, noyée dans la chirurgie générale, avait été complètement sacrifiée.

Il demande qu'on formule le vœu que dorénavant la chirurgie infantile ait une place à part dans les Congrès.

Dr M. Péraire.

COMPTE RENDU
DU 29e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenu à Berlin du 18 au 21 avril 1900 [1]

Pathologie générale.

STUBENRAUCH (Münich). *Influence du phosphore sur les os en voie de croissance.*

Les résultats obtenus par l'auteur concordent sensiblement avec ceux de Wegner. En donnant aux animaux, pendant longtemps, de petites doses de phosphore, la substance spongieuse à larges mailles, sous-jacente au cartilage jugal, est remplacée par un tissu plus ferme, dit couche phosphorée de Wegner. Le canal médullaire ne s'oblitère pas, mais la lame compacte de la diaphyse s'épaissit. Ces modifications s'observent surtout chez les animaux en voie de croissance rapide. Stubenrauch pense qu'une sclérose osseuse analogue doit également se produire chez l'homme. Il a pris des radiographies de jeunes sujets travaillant dans des fabriques d'allumettes, et a constaté des ombres très nettes sous les épiphyses supérieures du tibia et du péroné, ainsi qu'un épaississement du cartilage de conjugaison du radius près du poignet. Il conclut que le phosphore engendre des épaississements limités de certains os encore en voie de croissance.

RUBINSTEIN (de Berlin). *Forme des fractures produites par cause directe.*

L'auteur prétend que toute fracture par cause directe offre, sous sa forme typique, un aspect triangulaire, qui est surtout évident sur les os plats et les os courts. Il présente un certain nombre de radiographies à l'appui de cette opinion.

BÜNGE (de Königsberg). *Pathologie et traitement des diverses formes de gangrène des membres inférieurs.*

Le processus morbide consiste, d'après Bünge, en sténoses primitives de la lumière des artères, se développant en foyers multiples sur des vaisseaux atteints de sténose de la tunique interne. Ces sténoses peuvent aller jusqu'à l'oblitération totale et, derrière elles, se produisent des thromboses ascendantes et descendantes. Ces thromboses et les rétrécissements, siégeant au point de départ des vaisseaux collatéraux, menacent d'une façon redou-

1. D'après le *Centralblatt für Chirurgie*, 1900, n° 28 (Supplément).

table la vie du membre. Il s'agit, en somme, d'une artérioscléose oblitérante et on doit réserver le nom d'endartérite oblitérante à l'oblitération physiologique des vaisseaux.

La thérapeutique est exclusivement chirurgicale. Il n'est pas toujours nécessaire, comme le veut Heidenhain, d'amputer la cuisse pour une gangrène sénile ou diabétique; l'exérèse de la jambe ou même un traitement plus conservateur peuvent suffire, en particulier chez des sujets assez jeunes.

Il faut agir dès l'apparition des premiers symptômes (douleurs rhumatoïdes, claudication intermittente, disparition du pouls dans les artères du pied). L'iode à l'intérieur, les bains rendent alors parfois des services.

Quand la gangrène se montre, il importe de ne pas attendre pour amputer que la démarcation se produise entre le vif et le mort, car on doit redouter les thromboses ascendantes.

Kölliker (de Leipzig). *Névromes des moignons.*

L'auteur présente des névromes du médian et du cubital extirpés sur un moignon. Celui du médian donne insertion à un faisceau musculaire, celui du cubital adhérait à tel point à l'artère cubitale qu'on dut enlever un morceau de ce vaisseau. Des faits de ce genre sont susceptibles d'expliquer la névralgie de certains moignons. Ainsi on peut admettre, dans le cas particulier, une irritation anormale par la traction musculaire ou par les pulsations artérielles.

Friedrich (de Leipzig). *Présentation d'un malade atteint de pseudo-phlegmon angio-neurotique du bras gauche.*

Femme de vingt-six ans non hystérique, qui s'était blessée, il y a huit ans, avec une arête de poisson; depuis cette époque elle souffre, d'une façon intermittente, de tuméfactions, de rougeurs, de douleurs dans le bras et dans l'épaule. 48 incisions ne donnèrent jamais issue à du pus; mais chaque fois la douleur disparut. L'auteur pense qu'il s'agit d'une affection d'origine nerveuse; mais il ne me paraît pas apporter la moindre preuve à l'appui de son assertion.

Friedrich (de Leipzig). *Cysto-adénome sudorifère cutané diffus et bénin.*

Cette tumeur rare contenait de nombreux kystes par rétention et ressemblait beaucoup à un cysto-adénome de la mamelle.

Sarwey (de Tubingue). *De la désinfection des mains.*

Sarwey et Paul ont expérimenté les procédés de désinfection des mains, actuellement les plus vantés. Ils n'accordent aucun crédit au savon de Schleich au marbre pulvérisé et donnent la préférence à la méthode de Fürbringer, qui consiste à se frotter les mains avec des petits bouts de bois préalablement stérilisés. Les procédés d'Ahlfeld (eau chaude et alcool) et de Mikulicz (teinture de savon) n'amènent pas une stérilisation complète, mais diminuent notablement le nombre des germes adhérents aux doigts.

VOLLBRECHT (de Düsseldorf). *Désinfection de la peau et des mains à l'aide d'une teinture de savon solide.*

L'auteur préconise un savon presque solide à l'huile de coco, renfermant de l'alcool à 97°, qui permet un lavage sans eau, ne rend pas les mains glissantes, présente l'avantage de se conserver et d'être utilisable en chirurgie de guerre. Il prétend qu'en se frottant, pendant cinq minutes, à l'aide d'une brosse enduite de ce savon, on obtient une désinfection aussi parfaite que par les procédés de Fürbringer et de Mikulicz.

BLUMBERG (de Leipzig). *Nouveaux gants pour les opérations.*

Ces gants présentent cette particularité d'offrir des surfaces rugueuses aux points destinés à saisir les instruments, de façon qu'ils ne puissent pas échapper des mains.

CZERNY (de Heidelberg). *Traitement des cancers inopérables.*

Dans cette communication, aucun point saillant n'est à noter. Czerny fait remarquer que 75 p. 100 des cancers sont inopérables déjà quand le chirurgien les voit. Il passe en revue les moyens thérapeutiques que nous devons leur opposer suivant le siège qu'ils occupent (gastro-entérostomie, entéro-anastomose, jéjuno et colostomie, chlorure de zinc en flèches ou en badigeonnages, thermo-cautère, attouchements à la formaline, pulvérisations d'acide salicylique, d'amylo et d'orthoforme, etc., ciguë, chélidoine, condurango, méthode de Coley, etc., etc). Czerny croit qu'il faudrait, comme en Amérique, créer partout des hôpitaux de cancéreux.

KÖNIG. *Transformations techniques de la chirurgie articulaire.*

1° Dans les articulations non infectées sur lesquelles on doit intervenir, il faut être absolument sûr de son asepsie. Ainsi doit-on s'entourer d'un certain nombre de garanties qui sont les suivantes :

a) Opérer sans introduire les doigts dans l'articulation. Ainsi König résèque le genou, suture la rotule, extrait des corps étrangers articulaires, sans toucher l'intérieur de la jointure;

b) Opérer toujours en faisant l'hémostase avec la bande d'Esmarch;

c) Exclure l'emploi de tout liquide antiseptique;

d) Restreindre le drainage à quelques cas exceptionnels;

2° Dans les articulations infectées, le drainage donne de mauvais résultats, quand il s'agit d'arthrites graves à streptocoques et à staphylocoques. Il faut pratiquer de larges et profondes incisions, pour mettre à nu tous les culs-de-sac articulaires, toutes les fusées intermusculaires.

Il est une forme d'arthrite gonococcique qui se traduit par des douleurs violentes avec tendance à la contracture et à l'ankylose. Elle passe facilement à l'état chronique, s'accompagne d'un faible épanchement articulaire, mais se caractérise par une infiltration lardacée des tissus synoviaux et parasynoviaux.

La double incision latérale du genou est le meilleur moyen de la combattre.

Si, malgré tout, dans les arthrites graves, la fièvre suppurative persiste,

que les accidents pyohémiques menacent de s'établir, on ajoutera aux précédentes sections une grande incision transversale sus-rotulienne, qui réunit les deux incisions latérales; on rabat le lambeau et on laisse le tout à découvert.

Dans les arthrites déformantes de la hanche, s'accompagnant de troubles sérieux, König vante les bons effets obtenus par la résection de la tête du fémur.

Schede (de Bonn) pense que König va trop loin et insiste sur l'efficacité des lavages antiseptiques. *König* répond qu'il ne conteste pas leur valeur, qu'il guérit ainsi la plupart de ses malades et que sa méthode des grandes incisions vise spécialement les cas qui étaient, il y a quelques années encore, justiciables de l'amputation.

Holländer (de Berlin). *Hémostase sans ligature.*

La méthode assez bizarre de l'auteur est la suivante : les vaisseaux étant saisis par des pinces hémostatiques ordinaires, il se sert d'une grande et forte pince à forcipressure, présentant à la face interne de ses mors une gouttière, qui reçoit la pointe de la pince hémostatique. On serre ainsi énergiquement cette dernière et on peut alors l'enlever sans qu'il s'écoule une goutte de sang, pourvu qu'il ne s'agisse pas de vaisseaux volumineux, comme la fémorale.

Payr (de Gratz). *Suture des vaisseaux et des nerfs.*

Payr a expérimenté, pour la réunion des artères, les tubes de magnésium longs de 7 à 15 millimètres, métal qui a l'avantage de se résorber au bout d'un temps relativement court. Après hémostase provisoire, une extrémité du tube est introduite dans le bout central du vaisseau, sur lequel il doit s'appliquer étroitement; l'autre est placée de même dans le bout périphérique. On rapproche les deux extrémités de l'artère, en ayant soin de retrousser la paroi de celle-ci sur une longueur de 5 à 10 millimètres et de réunir le tout par une ou deux ligatures, après avoir invaginé le bout central dans le bout périphérique. La technique est la même pour les veines, sauf qu'on invagine le bout périphérique dans le bout central.

Trois fois sur l'homme Payr a appliqué avec succès cette même méthode à la réunion des nerfs. On passe un fil de catgut à la formaline, fil difficilement résorbable, par les deux moignons du nerf; on introduit ceux-ci dans le tube de magnésium et on serre le fil de manière que le nœud soit au milieu du tube.

Crâne et face.

Riese (de Britz-Berlin). *Thrombo-phlébite des sinus de la dure-mère de causes insolites.*

Les deux faits rapportés par Riese ont une étiologie peu connue, étudiée cependant par Demons et Lancial; la thrombo-phlébite était d'origine dentaire. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de cinquante-deux ans qui, quatre jours après l'extraction de la dernière grosse molaire supérieure droite fut pris de frissons, céphalalgie, difficulté de déglutition, exophtalmie,

œdème palpébral. A l'autopsie, le cerveau et les méninges furent trouvés intacts; du pus remplissait les deux sinus caverneux thrombosés et une partie des veines ophtalmiques. Il faut admettre, dans ce cas, une infection propagée par le plexus ptérygoïdien et les anastomoses qu'il offre avec les veines ophtalmiques.

Chez le second malade, homme de vingt-huit ans, on avait extrait la première molaire inférieure gauche. Au bout de deux jours, apparition de phlébite de la jugulaire interne. On résèque cette veine depuis la clavicule jusqu'à la base du crâne et on complète l'opération par l'ouverture du sinus latéral. Guérison.

Poelchen (de Zeizt). *Épileptique guéri par la trépanation.*

Présentation d'un serrurier de vingt et un ans, trépané le 23 novembre 1897, puis à deux nouvelles reprises, dans le courant des deux mois suivants, pour une épilepsie traumatique avec accès se succédant à très courts intervalles. Opération par les méthodes combinées de Wagner et Kocher.

Lexer (de Berlin). *Fissure congénitale médiane du nez.*

Cette anomalie atteint un homme de vingt ans, dont la face entière paraît avoir subi un arrêt de développement par adhérences amniotiques. Tout le nez et la région glabellaire sont excessivement larges, les narines très écartées, séparées par une cloison membraneuse de l'épaisseur du doigt. Atrophie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, coloboma palpébral gauche, etc.

Rachis, cou et thorax.

Schanz (de Dresde). *Redressement des scolioses graves.*

Deux indications sont à remplir : d'une part, arrêter le processus morbide et, d'autre part, corriger la difformité; si on échoue souvent, c'est qu'on veut satisfaire à toutes deux à la fois. Il faut, au contraire, s'attaquer d'abord à la déformation par le redressement forcé et par la contention dans un appareil plâtré, laissé en place pendant douze semaines. Ce résultat obtenu, on doit, par tous les moyens habituels, s'opposer à la récidive (massage, gymnastique, traitement orthopédique et général, etc.).

Vulpius (de Heidelberg). *Valeur du corset orthopédique.*

Dans le tabès, le corset orthopédique, donnant un appui solide, procure au malade un assez grand bien-être et doit être conseillé. Dans le mal de Pott, il n'est indiqué que dans la période de convalescence. Dans la scoliose, il remplit trois buts : il soutient la colonne vertébrale et soulage les muscles du tronc; il maintient les améliorations obtenues dans la cure de la difformité; il empêche une aggravation.

Hoffa (de Würzbourg). *Traitement du torticolis par l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien.*

Hoffa a employé cette méthode, due à Mikulicz, dans quatre cas et a obtenu de très bons résultats. Les opérés, déjà assez âgés, peuvent sans

effort maintenir la tête droite et la tourner dans toutes les directions. Ces succès ont été obtenus sans le secours d'un traitement orthopédique ultérieur. La scoliose cervicale disparaît toute seule.

Trendelenburg (de Leipzig) prétend obtenir d'aussi bons résultats par la simple section transversale du muscle et de sa gaine profonde.

Frank (de Brunswick) a vu une récidive après l'extirpation totale du sterno-cléido-mastoïdien et insiste sur la nécessité d'enlever l'aponévrose cervicale profonde.

Most (de Breslau). *Topographie et étiologie de l'abcès ganglionnaire rétro-pharyngien.*

Les ganglions pharyngiens forment deux groupes, l'un rétro-pharyngien proprement dit, formé de corps irréguliers, petits, inconstants, très variables dans leur siège et leur nombre; l'autre latéral, constant, ne comprenant qu'un ganglion, placé à la jonction des parois postérieure et externe du pharynx en dedans de la carotide interne, près de la base du crâne. Ce dernier a la plus grande importance pour la pathogénie des abcès. Il faut aussi tenir compte des ganglions cervicaux profonds, appliqués sur les scalènes, en dehors de la jugulaire. Tous ces corps reçoivent des lymphatiques des parois pharyngiennes postérieure, latérale et supérieure, de la cavité nasale, des sinus de la face et probablement aussi de l'oreille interne.

Gottstein (de Breslau). *Pseudo-voix après extirpation totale du larynx.*

Gottstein présente un malade qui a subi la laryngectomie totale pour un cancer d'après la méthode de Glück, avec implantation de la trachée dans l'angle inférieur de la plaie, de sorte qu'il n'existe plus de communication entre la bouche et le poumon. Pour créer une nouvelle communication, on a dirigé l'air de la trachée dans la cavité buccale par l'intermédiaire d'un tube, dans lequel est interposé un larynx artificiel.

Quand les appareils ne sont pas bien tolérés, on peut apprendre aux malades, par des exercices systématiques, à utiliser la musculature du pharynx, contre laquelle l'épiglotte vient s'appliquer. L'air nécessaire pour produire le son provient de deux réservoirs : l'un se forme à la place qu'occupait le larynx et est comprimé par les muscles du cou; l'autre se trouve dans la partie supérieure de l'œsophage et se vide par la contraction des fibres striées du tiers supérieur de celui-ci. Le sujet arrive, à force d'exercices, à parler d'une façon suffisamment distincte.

Mangoldt (de Dresde). *Transplantation de cartilages costaux entre les lames du thyroïde pour remédier aux sténoses cicatricielles du larynx.*

Mangoldt a opéré avec succès de la façon suivante une femme de quarante-trois ans, atteinte d'un rétrécissement laryngien à la suite de la fièvre typhoïde.

1° Transplantation aseptique d'un fragment cunéiforme du huitième cartilage costal, fragment long de 5 centimètres, large de 1 centimètre, épais de 5 millimètres, avec conservation minutieuse du périchondre. Cette trans-

plantation se fait sous la peau du cou, à côté du larynx, en tournant vers les téguments la face tapissée de périchondre;

2° Cinq mois après, recouvrement du fragment cartilagineux à sa face inférieure avec de la peau, en rabattant un lambeau cutané autour du cartilage;

3° Trois semaines plus tard, laryngo-fissure et implantation du lambeau cutanéo-cartilagineux à large pédicule entre les lames du cartilage thyroïde, en appliquant la surface cutanée contre la muqueuse laryngienne; maintien par quelques sutures. Il reste deux petites fissures à la partie supérieure et à la partie inférieure;

4° Au bout de quatre semaines, section du pédicule et occlusion de la fissure supérieure;

5° Fermeture de la fissure inférieure et suppression de la canule trachéale.

La malade n'a plus de dyspnée et parle à voix basse.

Mangoldt a employé un procédé analogue pour la cure d'un nez en selle.

Tietze (de Breslau). *Sarcome cutané de la région mammaire simulant une tumeur de la mamelle.*

Il s'agissait de sarcomes multiples non pigmentés, mais recouverts de nombreux petits vaisseaux et étroitement pressés les uns contre les autres dans la peau de la mamelle.

Abdomen.

Angerer (de Münich). *De la rupture sous-cutanée de l'intestin et de son traitement.*

Angerer insiste sur l'importance de l'interprétation des symptômes primitifs, sur le mode d'action de la cause vulnérante, qui agit presque toujours perpendiculairement et en un point limité, sur l'état des parois abdominales. Le shock n'a de l'importance que par sa durée. La respiration prend le type costal. Les vomissements sont précoces et persistants; ils manquent, au contraire, presque toujours dans la contusion simple sans lésion intestinale. La constatation d'une matité hépatique normale n'exclut nullement la possibilité d'une rupture de l'intestin. En faveur de celle-ci plaide la tension de la paroi abdominale, qui fait défaut dans les contusions simples.

On n'a pas le droit d'attendre pour opérer; en effet, sur 160 blessés, 149 succombent et encore, sur les 11 sauvés, il a fallu, dans dix cas, intervenir pour fistules et abcès stercoraux. Donc laparotomie immédiate, suture et au besoin résection. Le shock n'est pas une contre-indication opératoire.

Dans la discussion qui a suivi cette communication d'Angerer, plusieurs orateurs (Rehn, Stolper, Eichel, Szumann, Hahn, Lauenstein, Perthes, Samter, Sprengel, Körte, König) ont pris la parole et relatent des observations variées de rupture et de contusion de l'intestin. Tous insistent sur la difficulté du diagnostic, sur les surprises cliniques et sur la laparotomie immédiate.

Goepel (de Leipzig). *Occlusion des orifices herniaires par implantation de fils d'argent.*

L'auteur emploie à cet effet des réseaux ou des filets en fil d'argent; celui-ci adhère fortement à la cicatrice, qui recouvre l'orifice herniaire et s'oppose à toute récidive.

Krause (d'Altona). *Traitement des hernies gangrenées et de quelques cas d'iléus.*

Il est des cas où, dans les hernies gangrenées, la résection et la suture des deux bouts sont dangereux ou impossibles et où il faut se contenter d'un anus contre nature. Mais d'autre part, il y a intérêt, dans bien des circonstances, à rétablir rapidement la communication entre les deux segments de l'intestin. A cet effet, Krause emploie une pince spéciale, analogue à un entérotome et se fermant comme un céphalotribe. A l'aide de cet instrument, on applique l'une contre l'autre les parois de l'intestin qui se regardent et on serre d'abord la vis uniquement pour amener un accolement. Les jours suivants, on rapproche davantage les branches. Au bout de sept à huit jours, la cloison nécrosée tombe et la communication est établie.

Ce « clamp anastomose » est encore indiqué : 1° dans certaines résections intestinales, où il faut aller vite et où on se contente d'attirer les deux bouts contre la paroi; 2° dans les cas d'iléus, compliqués de gangrène.

Le clamp donne une anastomose plus large que celle obtenue par un bouton de Murphy. On peut donc attendre pour fermer l'anus artificiel dans une séance ultérieure.

Körte. *Deux cas de hernie obturatrice.*

1° Femme de cinquante ans. Hernie étranglée sans particularité; le signe de Romberg n'existait pas. Guérison.

2° Femme de soixante-douze ans, chez laquelle on avait porté le diagnostic d'occlusion intestinale par tumeur et chez laquelle on trouva tout à la fois un kyste ovarique tordu et une hernie obturatrice droite gangrenée. Résection intestinale. Mort. Cette femme portait deux hernies obturatrices, deux inguinales et une crurale.

Sprengel a vu une hernie obturatrice récidiver et conseille de fermer le trou obturé.

Eichel (de Strasbourg) insiste sur les difficultés diagnostiques et a pris pour une hernie obturatrice étranglée une ostéomyélite pubienne, ayant amené des phénomènes d'occlusion intestinale.

Bessel-Hagen (de Charlottenbourg). *Technique des opérations pour hernies ombilicales et de la ligne blanche.*

Dans quelques hernies siégeant au-dessus de la ligne demi-circulaire de Douglas, dans lesquelles on n'arrive pas à rapprocher convenablement les bords internes des droits, l'auteur a opéré de la façon suivante : sans mettre à nu ces muscles, il réunit d'abord les minces couches aponévrotiques aux deux côtés de l'anneau herniaire. Puis il divise de chaque côté la gaine

antérieure du droit et les couches sous-jacentes du muscle, en ménageant, autant que possible, les filets nerveux. Enfin, il rabat en dedans les parties internes des deux ventres musculaires et les fixe de façon que la gaine antérieure du droit repose directement sur l'anneau herniaire fermé.

Eiselsberg (de Königsberg). *De l'intervention dans les sténoses bénignes du pylore.*

Dans ces quatre dernières années, Eiselsberg a exécuté 8 résections stomacales (1 mort), 37 gastro-entérostomies (5 morts), 10 gastroplasties 2 morts) et une jéjunostomie. Il est intervenu pour des rétrécissements du pylore par brûlures par liquides caustiques dans 6 cas, 4 fois par la gastro-entérostomie (1 mort); 1 fois par la résection; 1 fois il dut, sur une femme de trente-quatre ans, pratiquer successivement la jéjunostomie, la gastrostomie, la jéjunorraphie, une gastro-entérostomie postérieure, enfin, une gastrorraphie. Cette malade a guéri.

Eiselsberg rappelle, parmi ses observations de chirurgie stomacale, les trois suivantes comme offrant un intérêt particulier :

a) Femme de trente-six ans, atteinte d'hématémèses. Excision d'un ulcère voisin du cardia et pyloroplastie. Guérison parfaite.

b) Femme de trente-trois ans, chez laquelle on fit une gastro-entérostomie postérieure pour un gros ulcère et une sténose modérée du pylore. Huit mois après, les vomissements de sang reparurent et on pratiqua l'exclusion unilatérale du pylore.

c) Femme de soixante ans; jéjunostomie pour un cancer du cardia et du pylore. Fait curieux : l'état s'améliora d'une façon progressive et, au bout de trois ans, la bouche intestinale a pu être fermée sans aucun inconvénient pour la malade, qui se nourrit de nouveau par la bouche.

Credé (de Dresde). *Simplification de la gastro et de l'entérostomie.*

Credé a recherché un procédé de gastro-entérostomie qui fût d'une exécution rapide et donnât un bon résultat fonctionnel. Il s'est arrêté au suivant : 1° on divise le mésocôlon derrière l'estomac; 2° on amène à la paroi une anse grêle haut située, qu'on ouvre sur une longueur de 1 centimètre; 3° par cette incision, on introduit deux plaques en argent, perforées aux deux bouts et séparées par un petit tube en caoutchouc. Ces deux plaques sont réunies par un fil de soie très fort, passant par les trous de chaque extrémité des plaques. L'incision intestinale est fermée par 3 à 5 points séreux, en laissant passer les deux chefs du fil de soie; 4° on fait une petite incision à la paroi antérieure de l'estomac; 5° on traverse d'arrière en avant la paroi stomacale postérieure avec deux aiguilles, chacune armée de l'un des chefs du précédent fil de soie; 6° on introduit une plaque en argent, analogue aux précédentes, dans l'estomac et on serre sur elle les deux bouts du fil, de manière à adosser fortement estomac et intestin. Il ne reste plus qu'à fermer la plaie stomacale. L'anastomose gastro-intestinale et l'élimination des plaques se font en cinq à huit jours. Cette opération, qu'on ne peut bien comprendre qu'en consultant les planches annexées à l'original, est dite rapide par son auteur. Elle dure trente à soixante

minutes. Elle dispense de placer toute suture dans la profondeur de l'abdomen.

Kehr (de Halberstadt). *Gastro-entérostomies.*

Kehr rapporte le cas d'un garçon sur lequel il dut faire trois gastro-entérostomies : 1° gastro-entérostomie d'après von Hacker avec le bouton de Murphy : rétrécissement ultérieur de l'anastomose; 2° gastro-entérostomie d'après Wölfler : formation consécutive d'un éperon; 3° gastro-entérostomie d'après Wölfler-Roux : guérison.

Kehr relate aussi l'observation d'une sténose congénitale du pylore, qu'il a opérée avec succès, sur un enfant de neuf semaines, par la gastro-entérostomie de von Hacker.

Steinthal (de Stuttgart). *Ulcères perforants du jéjunum après la gastro-entérostomie.*

Steinthal cite le fait d'un homme de quarante-quatre ans, sur lequel on avait pratiqué une gastro-entérostomie postérieure avec le bouton de Murphy pour une sténose pylorique. Mort au dixième jour. A l'autopsie : à quelques centimètres au-dessous de l'anastomose, on trouve sur le bout inférieur deux perforations grosses comme des pièces de cinquante centimes. Ces pertes de substance s'expliquent par une hémorragie, une nécrose et une digestion de la paroi. La fragilité et l'athérome des vaisseaux prédisposent à leur production. Il faut aussi faire la part de la gêne de la circulation dans le mésentère, un peu tordu par la situation de l'anse anastomosée.

Körte (de Berlin). *Présentation d'un ulcère septique du jéjunum après gastro-jéjunostomie.*

Cette pièce provient d'un homme, qui avait subi la gastro-jéjunostomie pour une sténose consécutive à un ulcère du pylore. Pendant trois ans, il reste bien portant. Une péritonite l'emporte en sept jours. A l'autopsie : ulcère jéjunal très près du point anastomosé et abcès sous-phrénique rompu dans la cavité abdominale.

Petersen (de Heidelberg). *Étranglement interne après la gastro-entérostomie.*

Après trois gastro-entérostomies rétro-coliques (deux postérieures, une antérieure), Petersen a vu l'anse efférente, placée à droite de l'anse afférente, glisser en arrière par un anneau formé par l'estomac, la paroi abdominale postérieure et la branche afférente de l'intestin. La torsion du mésentère avait amené une thrombose des veines mésentériques et des infarctus de l'intestin. Dans les trois cas, on avait employé le bouton de Murphy. Au moment où on serre les deux pièces du bouton, il peut facilement advenir que le chirurgien torde un peu l'anse anastomotique, primitivement parallèle à l'axe frontal de l'estomac, et cela de telle sorte que le bout efférent est porté plus ou moins en arrière, au lieu d'être placé à droite.

Sprengel (de Brunswick). *Invagination par kyste congénital de la paroi intestinale.*

Chez une jeune fille de quinze ans, sur laquelle on avait diagnostiqué une tuberculose péritonéale à marche chronique, on trouva, en pratiquant la laparotomie, une intussusception iléo-cæcale. La désinvagination put se faire aisément. On sentait, dans la région de la valvule de Bauhin, une tumeur, pour laquelle on pratiqua la résection intestinale. Cette tumeur était un kyste à contenu ramolli, qui occupait la moitié de la valvule.

Steinthal (de Stuttgart). *Résection de l'anse sigmoïde pour volvulus avec paroi intestinale intacte.*

Jeune fille de vingt-et-un ans, souffrant de constipation opiniâtre et chez laquelle on dut faire la laparotomie. On trouva l'anse sigmoïde tordue dans le sens des aiguilles d'une montre, de telle façon que le côlon était placé sur le rectum et que le sommet de l'anse remontait sous le rebord costal droit. La longueur de l'anse tordue était de 1 mètre environ. Après l'avoir ponctionnée, on put facilement la mettre en bonne situation. Au bout de huit semaines, les accidents se reproduisirent et, cette fois, Steinthal réséqua 30 centimètres d'anse sigmoïde. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Bergmann (de Riga). *Des exclusions de l'intestin dans le volvulus.*

Dans tout étranglement compliqué d'altérations notables de l'intestin, la résection est indiquée en première ligne. Toutefois elle n'est pas toujours possible. C'est dans ces cas qu'on doit recourir à l'entéro-anastomose. Bergmann l'a exécutée dans six volvulus de l'S iliaque et a établi une communication entre le cæcum et le rectum avec le bouton de Murphy. Deux malades sont morts.

Körte (de Berlin). *Résultat du traitement opératoire des tumeurs malignes du gros intestin.*

On ne peut guère, avant l'ouverture du ventre, savoir si ces tumeurs sont susceptibles d'être enlevées. Les néoplasmes occupant des portions fixes de l'intestin (cæcum, côlon ascendant, angle hépatique, côlon descendant), peuvent souvent encore être extirpés, même quand ils sont très peu mobiles. Pour les tumeurs des parties flottantes (côlon transverse, anse sigmoïde), la fixation est une contre-indication opératoire. Il en est de même pour l'envahissement d'anses grêles de l'épiploon, de la vessie, des ganglions mésentériques.

Donc l'extirpation est la méthode de choix. L'entérostomie et l'entéro-anastomose sont des moyens palliatifs.

Körte a pratiqué 19 extirpations (12 guérisons, 7 morts) pour 6 tumeurs de la région cæcale (toutes guéries), 6 de la courbure hépatique et du côlon transverse (2 guérisons, 4 morts), 7 du côlon descendant et de l'anse sigmoïde (4 guérisons, 3 morts). Sur les 12 guéris, 5 le sont depuis trois à huit ans, 2 n'ont pas de récidive, mais leur opération est assez récente, 1 est mort sans récidive, 1 vit avec une récidive, 3 sont morts de récidives.

L'entéro-anastomose a été exécutée 12 fois avec 9 guérisons et 3 morts. La plus longue survie a été de trois ans. — L'entérostomie donne des résultats fonctionnels plus mauvais. Elle a été faite 20 fois : 2 iléostomies (1 mort), 8 cæcostomies (2 morts), 1 colostomie transverse et 9 colostomies iliaques gauches (3 morts). 14 malades ont vécu pendant un peu plus de deux ans.

Krönlein (de Zürich). *Résultats de l'extirpation du cancer du rectum.*

De l'analyse de 881 extirpations du rectum pour cancer, Krönlein conclut :

1° L'extirpation est la méthode thérapeutique souveraine;

2° Elle donne une guérison opératoire dans 4/5 des cas;

3° Elle donne une guérison durable dans 1/7 des cas;

4° Les meilleurs résultats fonctionnels sont obtenus quand il est possible de faire déboucher l'intestin en son lieu normal, et de conserver sphincter et anus;

5° Une exérèse complète du rectum tout entier rend les résultats fonctionnels plus mauvais et n'augmente nullement le nombre des guérisons durables;

6° Les méthodes périnéale et dorsale doivent être employées d'une façon identique; elles se complètent, mais ne s'excluent pas;

7° La voie sacrée s'applique spécialement aux cancers haut situés.

Kraske (de Fribourg) a maintenant opéré 120 cas par la voie sacrée et a obtenu des résultats très satisfaisants. La récidive est toujours à craindre, même après cinq ans. L'opération la plus radicale consiste dans la combinaison des voies abdominale et sacrée : commencer par la laparotomie; couper l'artère hémorroïdale supérieure entre deux ligatures, ouvrir le péritoine tout autour du rectum et mobiliser celui-ci; ablation, si nécessaire, des ganglions du méso-côlon et du méso-rectum. Tamponnement et fermeture provisoire de la plaie abdominale. On arrive maintenant au second acte opératoire : il suffit d'une incision para-sacrée pour libérer et enlever la tumeur. Sur 4 malades ainsi traités, 2 sont morts.

Gussenbauer (de Vienne) estime que, chez la femme, on n'a pas besoin de la méthode sacrée. Chez l'homme, il accorde la préférence à la résection ostéoplastique du sacrum.

Rehn (de Francfort-sur-le-Mein). *Progrès réalisés dans la technique des interventions sur le rectum.*

Rehn pose les principes suivants :

1° Dans la découverte de la cavité pelvienne, il faut éviter de blesser le sacrum;

2° Il est très possible d'enlever, par le périnée ou le vagin, des cancers même haut situés, pour lesquels on choisit souvent la voie sacrée.

3° Le rectum doit être extirpé avec la gaine aponévrotique qui l'entoure et sans ouvrir cette gaine, sauf sur le côté où il présente ses attaches avec la paroi pelvienne;

4° Le cancer de l'anus et même les petits néoplasmes réclament en général une amputation large et haute;

5° Il faut ménager, autant que possible, l'appareil sphinctérien et implanter le bout central de l'intestin en sa place normale;

6° Les opérations abdomino-périnéales et vaginales permettent d'escompter de nouveaux progrès dans la cure des cancers du côlon pelvien.

Hochenegg (de Vienne). *Résultats de 121 extirpations de cancers du rectum par la voie sacrée.*

La méthode sacrée est, pour Hochenegg, la méthode de choix; la méthode périnéale est à réserver pour les néoplasmes très bas situés. Le malade étant placé dans le décubitus latéral gauche, position qui ne change pas pendant toute la durée de l'opération, on met à nu le sacro-coccyx par une grande incision curviligne à convexité droite; on résèque ce qui est nécessaire. Chez la femme, l'ablation du coccyx et des deux dernières vertèbres sacrées est généralement suffisante. Maintenant on procède différemment suivant le siège et l'étendue du carcinome. Si la portion sphinctérienne est prise, ou circonscrit l'anus et le rectum et on enlève tout ce qu'il faut en établissant un anus sacré. Si la portion anale est intacte, on réunit les deux bouts. Quand le segment supérieur est suffisamment mobile, on l'introduit dans le segment anal, préalablement débarrassé de sa muqueuse, et on le fixe devant l'anus. Grâce à cette suture, Hochenegg n'a, sur 62 résections, perdu qu'un malade de phlegmon stercoral.

La mortalité totale est de 5 à 8 p. 100; la proportion des guérisons durables de 25 p. 100. Quand survient une récidive, il ne faut jamais essayer une seconde extirpation, mais recourir d'emblée aux méthodes palliatives.

Schuchardt (de Stettin). *De la rétraction scléreuse du rectum et du côlon d'origine cancéreuse, syphilitique ou tuberculeuse.*

Schuchardt extirpe toujours le rectum et le côlon pelvien d'après sa méthode, sans résection du sacrum. La possibilité d'une telle ablation n'a théoriquement sa limite qu'avec la fin de l'anse sigmoïde; alors il est impossible d'en attirer davantage de bas en haut. Pratiquement, on ne peut jamais utiliser toute la longueur de cette partie d'intestin, en raison des processus de sclérose rétractile qui se développent sur un rectum et un côlon atteints de cancer, de syphilis et de tuberculose. Ces processus amènent un raccourcissement notable du rectum, dont la longueur peut s'abaisser de 15 à 6 et même 3 centimètres. Ce phénomène est l'expression de la perte de substance subie par l'organe atteint de néoplasie épithéliale. Dans la tuberculose et la syphilis, la rétraction est encore favorisée par l'envahissement du tissu péri-rectal et du méso-côlon et par la production, en un mot, d'une « mésentérite sigmoïde chronique gommeuse ou tuberculeuse », de telle façon que la courbure de l'anse sigmoïde peut complètement disparaître. Le raccourcissement total du côlon et du rectum peut, dans des cas de ce genre, atteindre 25 à 35 centimètres.

Bessel-Hagen (de Charlottenburg). *Contributions à la chirurgie de la rate.*

L'auteur étudie les indications de la splénectomie dans quelques cas particuliers, notamment dans l'hypertrophie paludéenne et dans certaines hyperplasies primitives de la rate. Dans la première, l'intervention, peu dangereuse, a parfois procuré un notable soulagement et doit être pratiquée quand la tumeur est gênante par son volume ou qu'éclatent les premiers accidents de cachexie. Néanmoins, on ne saurait actuellement dire jusqu'à quel point la splénectomie est susceptible d'influencer les manifestations de l'intoxication palustre.

Il en va tout autrement pour les hypertrophies primitives ou idiopathiques de la rate. L'extirpation de celle-ci comporte un pronostic des plus favorables. Il faut la faire de bonne heure, car il est fort possible qu'elle puisse arrêter la marche d'une cirrhose hépatique, qui accompagne ou précède ordinairement ces splénomégalies. Celles-ci ne sont ni malariennes, ni alcooliques, mais semblent provoquées par un groupe d'intoxications à point de départ intestinal.

A la fin de sa communication, Bessel Hagen relate deux observations de splénectomie partielle pour nécrose et abcès.

Kehr (de Halberstadt). *Récidives après l'ablation des calculs biliaires.*

Kehr n'a jamais vu une récidive vraie, c'est-à-dire une réapparition de calculs après une opération complète. Dans 15 p. 100 des cas, on observe des pseudo-récidives (calculs oubliés). Les coliques par adhérences sont plus fréquentes après la cystostomie (17 p. 100) qu'après la cystectomie (1 p. 100). Des coliques d'origine inflammatoire sont constantes après la cystostomie.

Brentano (de Berlin). *Présentation d'une femme opérée avec succès d'un kyste du pancréas.*

Cette malade, un peu glycosurique, avait une nécrose presque totale du pancréas et un gros abcès dans la bourse épiploïque. L'auteur insiste sur ces abcès, étudie leurs symptômes et leur traitement; il montre aussi la grande valeur séméiologique des épanchements dans cette bourse pour le diagnostic dans les affections du pancréas.

Bessel-Hagen (de Charlottenbourg). *Traitement opératoire des kystes du pancréas.*

Ces kystes peuvent être si mal placés, avoir des connexions si insolites, qu'on est parfois obligé de refermer le ventre sans avoir même découvert la tumeur. Dans un cas de ce genre, l'auteur est allé au travers de l'estomac ouvrir le kyste.

Il s'agit d'un garçon de treize ans, dont le kyste descendait jusqu'à l'ombilic et disparaissait sous les côtes. Par une incision para-médiane gauche, on put voir que la tumeur était partout fixée et des adhérences avaient totalement effacé les limites entre elle et l'estomac. Une incision longitudinale de 5 centimètres fut pratiquée sur la paroi antérieure de cet organe; puis on fit, sur sa paroi postérieure, une petite section, qui ouvrit du même

coup le kyste. Le doigt introduit dans la poche permit de reconnaître le point où il était possible de la fixer à la paroi abdominale. A cet effet, on dut réséquer une partie du rebord costal gauche. Après suture des incisions stomacales, on ouvrit plus largement le kyste et on le draina. Deux mois après, l'enfant était guéri sans fistule.

Friedrich (de Leipzig). *Pathologie de l'épiploon et du mésentère.*

L'auteur a étudié expérimentalement les effets des résections larges de l'épiploon et a vu se produire des nécroses, simples ou multiples, hémorragiques ou ischémiques du foie, des ulcérations de l'estomac; lésions qui sont sous la dépendance d'embolies capillaires dans le système de la veine porte avec conservation de la circulation artérielle.

Friedrich rapporte ensuite un cas d'occlusion intermittente de l'intestin par gomme du mésentère, chez un homme de quarante-huit ans. La tumeur, pour laquelle on dut faire une résection intestinale, siégeait tout contre le bord adhérent du jéjunum et avait déterminé des coudures multiples de celui-ci et la formation de valvules pathologiques.

Braun (de Göttingue). *Tumeurs inflammatoires de l'épiploon.*

Certains processus phlegmasiques déterminent non seulement une infiltration diffuse de l'épiploon, mais de véritables tumeurs bien limitées. Celles-ci se produisent généralement quand on a supprimé une partie de ce repli péritonéal au cours d'une laparotomie, d'une cure radicale de hernie, exceptionnellement après l'extirpation des annexes de l'utérus. Elles prennent naissance, qu'on ait lié l'épiploon à la soie ou au catgut. Elles se développent assez lentement, siègent en général à la hauteur de l'ombilic dans l'un des côtés de l'abdomen. Elles déterminent des douleurs pendant le travail et la marche, des troubles digestifs, de la constipation ou même des phénomènes de rétrécissement de l'intestin. Leur marche est variable : tantôt elles restent stationnaires, tantôt elles se résorbent, tantôt enfin elles suppurent. Elles donnent lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. On peut parer à leur formation en retranchant, au cours de l'opération, tous les points enflammés de l'épiploon et en le liant par petites masses. Parfois le repos au lit, les applications chaudes amènent leur disparition. S'il y a de la fièvre, que le malade s'affaiblisse, il faut pratiquer la laparotomie, réséquer la tumeur ou drainer les abcès.

Lexer (de Berlin). *Des tumeurs tératoïdes de la cavité abdominale.*

En dehors des tumeurs ovariennes, ces néoplasmes sont rares. Ce sont des kystes dermoïdes, simples ou compliqués, des inclusions fœtales, des tératomes mixtes. Les dermoïdes simples dépendent d'un enclavement se produisant à la fermeture de la fente vésico-abdominale et siègent dans l'épiploon, le mésentère; d'autres occupent la région lombaire et naissent aux dépens de restes ectodermiques du canal de Wolff; d'autres enfin se développent dans le tissu cellulaire rétro-rectal. — Les dermoïdes complexes proviennent presque toujours, chez la femme, de l'ovaire et peuvent tota-

lement s'isoler du ligament large. Chez l'homme, ce sont des inclusions fœtales, qu'on trouve de préférence entre les feuillets du mésocôlon transverse, dans la bourse épiploïque, dans le mésentère ou dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, à gauche de la colonne vertébrale.

Les tératomes mixtes sont solides et polykystiques. Il est impossible de les scinder en mono ou bigerminaux. Dans les 8 cas connus jusqu'à ce jour, Il s'agissait de tumeurs parasitaires, renfermant des ébauches d'œil, de cerveau, de parties génitales. Leur pronostic opératoire est grave : deux malades sur trois ont succombé.

Bassin. Organes génito-urinaires.

Katzenstein (de Berlin). *Recherches expérimentales sur la stérilisation des sondes urétrales.*

D'après ces recherches :

1° La désinfection avec le sublimé est insuffisante;

2° Le procédé et l'appareil de Küttner sont pratiquement inapplicables;

3° La désinfection par les vapeurs d'aldéhyde formique est trop longue et insuffisante pour les petites sondes;

4° L'auteur recommande un appareil, qui permet un développement violent de vapeurs de formol pénétrant partout. On stérilise ainsi un cathéter ordinaire en dix minutes, une sonde urétrale en vingt minutes, sans abîmer en aucune façon les instruments.

Wossidlo (de Berlin) présente un *cystoscope à incisions*, permettant d'exécuter *de visu* l'opération de Bottini.

Freudenberg (de Berlin). *Traitement de l'hypertrophie prostatique par l'opération de Bottini.*

Cette opération donne les résultats suivants : mortalité 4-5 p. 100, insuccès 7 p. 100, bons résultats 88 p. 100 (2/3 de guérisons complètes). Les échecs sont imputables à des opérations incomplètes, à des incisions mal placées, trop superficielles ou trop courtes. Freudenberg emploie un « inciseur » spécial, parfois un inciseur cystoscopique, qui permet de faire des sections de 6 centimètres et demi. Mais, en général, des sections de 2 à 3 centimètres sont suffisantes, et il serait dangereux de trop les allonger, de crainte de blesser la portion membraneuse. Après l'opération, l'auteur n'emploie la sonde à demeure que s'il existe de la cystite purulente, des hémorragies assez fortes, enfin dans les cas dans lesquels le cathétérisme est difficile ou demande à être souvent répété.

Schultheis (de Wildungen). *Calcul vésical.*

Calcul extrait par la taille hypogastrique de la vessie d'un homme de trente-neuf ans. Il était formé de carbonate et de phosphate de chaux et pesait plus de 500 grammes. Il avait 13 centimètres de long sur 7 de largeur. Le noyau était constitué par un haricot, que le sujet, vingt ans auparavant, s'était introduit dans l'urètre. La radiographie avait exactement renseigné sur le siège, la forme et le volume de la pierre.

ENDERLEN (de Marbourg). *Vésicoplastie expérimentale.*

L'auteur a, sur des chiens, transplanté un lambeau d'anse intestinale grêle dans une perte de substance de la vessie. Il a pu constater que toutes les tuniques de l'intestin sont conservées.

ANSCHUTZ (de Breslau). *Guérison d'un cas d'exstrophie vésicale.*

Dans un cas, concernant un jeune homme de dix-huit ans, Mikulicz a remplacé la perte de substance de la vessie par un fragment d'intestin. Bien qu'il ait obtenu un bon résultat, il considère que c'est là une méthode d'exception, indiquée seulement chez des sujets d'un certain âge, quand les méthodes ordinaires ne peuvent, pour des raisons diverses, être mises en œuvre.

Il a d'abord, en juin 1898, pratiqué l'exclusion d'une anse iléale de 12 centimètres de long et suturé à la paroi abdominale le bout laissé ouvert. Ayant constaté, au bout de quatre semaines, que l'anse continuait à vivre, il en réunit une partie à la périphérie de la vessie, de manière à créer une grande vessie intestinale. L'épispadias fut traité par une profonde incision sur la face inférieure du pénis, par le rapprochement des corps caverneux et de l'urètre. Enfin, en février 1899, Mikulicz sutura totalement la vessie intestinale et la réduisit dans l'abdomen. L'incontinence persiste; le malade porte une pince qui comprime le pénis; toutes les deux heures, il émet environ 50 cc. d'urine, qui sort par un petit jet.

KRÖNLEIN. *Présentation d'une tumeur rare du rein.*

Cette tumeur, extirpée avec le rein sur une femme de trente-sept ans, est un tératome kystique, contenant des masses de cholestérine et ayant une paroi d'une consistance osseuse en certains points. Le néoplasme ne renfermait aucun élément nerveux ou musculaire.

KÜMMELL (de Hambourg). *Examen préopératoire des fonctions du rein.*

Les conclusions de ces recherches sont les suivantes :

L'élimination imparfaite de l'urée, dont le chiffre descend au-dessous de 16 gr. par jour, indique une insuffisance rénale et rend très aléatoire une néphrectomie.

Quand le rein fonctionne d'une façon normale, le point de congélation du sang est de — 0°,56. Un *seul* rein travaillant bien suffit pour maintenir ce chiffre. S'il tombe à — 0°,58, 0°,61, c'est que les deux reins fonctionnent d'une façon défectueuse.

Quand le point de congélation de l'urine s'abaisse au-dessous de — 0°,9, c'est qu'il y a insuffisance rénale. Les résultats les plus sûrs sont ceux qu'on obtient par l'étude comparative de l'urine de chaque organe, recueillie par le cathétérisme urétéral.

BARTH (de Dantzig). *De la néphrotomie exploratrice.*

Chez un homme de quarante-trois ans, souffrant depuis cinq années d'hématuries et de coliques néphrétiques, on ne put trouver de calcul; il

s'agissait d'une néphrite interstitielle. Le rein fut suturé. Tout alla bien jusqu'au vingtième jour, où le malade fut pris de phénomènes graves d'embolie pulmonaire.

La néphrotomie diagnostique n'est donc pas tout à fait inoffensive, comme le montrent aussi d'autres observations, où l'on parle de gangrène, d'hémorragie, d'abcès intra et périrénaux, qui conduisent à l'extirpation totale du rein. Aussi ne doit-on pas abuser de l'incision exploratrice. Il convient de la réserver aux cas exceptionnels. Il est, d'ailleurs, bien des circonstances, dans lesquelles la simple inspection de l'organe renseigne d'une façon suffisante. Ainsi, quand il existe des néphralgies avec hématuries, qu'on ne sent aucun calcul, que l'organe paraît sain à sa surface, il s'agit en général d'une néphrite interstitielle chronique. Pas n'est besoin alors, pour assurer le diagnostic, de fendre le rein.

Israel. *Des opérations pour calculs du rein et de l'uretère.*

Cette communication fort intéressante doit être lue en entier. Je ne puis ici qu'en relever quelques points.

Dans la lithiase rénale, les indications opératoires peuvent être classées sous trois chefs :

1° Cas où l'intervention s'impose d'une façon absolue et immédiate : anurie calculeuse, pyonéphrose aiguë, processus de rétention aseptiques ou infectieux ; plus rarement hématuries profuses ;

2° Cas où la vie n'est pas menacée à brève échéance, mais dans lesquels l'intervention doit cependant être conseillée, pour parer aux accidents futurs, qui s'installent fatalement. En raisonnant d'une façon purement théorique, on devrait enlever tous les calculs rénaux. Mais les malades ne se décident qu'en présence de douleurs ou de troubles urinaires. Bien que les sujets ne courent aucun danger immédiat, on doit leur conseiller de se faire opérer sans retard ; *a*) quand les urines sont troubles, même s'il n'existe ni douleur, ni hypertrophie rénale ; *b*) quand les coliques néphrétiques sont fréquentes et ne sont pas suivies de l'expulsion de calculs ; *c*) quand il existe des douleurs paroxystiques, prises souvent à tort pour des rhumatismes, de la névralgie lombo-abdominale, de la dyspepsie nerveuse, etc. ; *d*) quand la radiographie fait reconnaître un calcul urétéral, car ceux-ci conduisent toujours à l'hydro ou à la pyonéphrose ;

3° Au contraire, on ne doit pas opérer quand les coliques s'accompagnent de l'émission de petits calculs sans facettes, qui se reforment d'une façon continuelle.

Au point de vue technique, la néphrolithotomie est supérieure à la pyélolithotomie, car elle permet plus sûrement l'extraction de tous les calculs. L'acupuncture est inutile, car elle est incertaine dans ses résultats. Il est très important de mobiliser complètement le rein, de l'énucléer de la capsule graisseuse jusqu'au hile, d'isoler l'uretère des vaisseaux, de comprimer les vaisseaux rénaux avec un tube de caoutchouc.

On sectionne alors le rein à 4 ou 5 millimètres en arrière de son bord convexe, c'est-à-dire au point de jonction des deux territoires vasculaires.

On incise, si c'est nécessaire, jusqu'à ce qu'on tombe dans un calice, par lequel on peut introduire une sonde dans le bassinet. On suture ou non la plaie rénale, suivant les circonstances.

La néphrectomie n'est indiquée qu'à titre très exceptionnel et encore seulement d'une façon secondaire (insuccès de la néphrolithotomie, hématuries graves post-opératoires).

Le diagnostic différentiel entre un calcul du rein ou de l'uretère ne peut être fait que si on le sent dans le petit bassin ou si on le reconnaît par la radiographie. Sinon le siège ne saurait être déterminé qu'après la mise à nu du rein. — Si le calcul est fixé dans l'uretère proprement dit, on peut l'enlever par la voie vaginale ou par la voie inguinale sous-péritonéale; mais il est toujours bon de compléter l'intervention par une néphrotomie typique, pour ne pas laisser de pierres dans le bassinet.

Reisinger (de Mayence). *De la néphrocystanastomose.*

Dans un cas d'hydronéphrose intermittente très douloureuse, l'auteur reconnut une situation anormale du rein et de la partie inférieure de l'uretère, qui formaient une tumeur immobile, appliquée sur le promontoire. Après guérison de la grande incision exploratrice, il établit une anastomose directe entre la poche rénale et le réservoir urinaire. Depuis, le sujet n'éprouve plus aucune souffrance.

Olshausen (de Berlin). *Chirurgie conservatrice des myomes utérins.*

Dans les hystérectomies pour myomes, il faut toujours, si possible, laisser au moins un ovaire en place pour parer aux troubles possibles de l'état général. On doit, dans le même but, conserver les organes génitaux internes et préférer la myomectomie à l'ablation totale de l'utérus fibromateux.

Wilms (de Leipzig). *Ablation d'un gros enchondrome du bassin avec résection de la moitié antérieure de la ceinture pelvienne.*

Gros néoplasme à point de départ symphysaire, qui, développé sur une femme de quarante-cinq ans, avait acquis en trois mois le volume des deux poings, occupait la région pubienne et descendait jusqu'aux ischions. Il n'existait cependant aucun trouble de la miction. La tumeur fut enlevée avec la ceinture pelvienne jusqu'en avant de la cavité cotyloïde et de l'ischion. Néanmoins, la démarche offre peu d'anomalies; il n'y a aucune douleur. La malade porte une forte ceinture hypogastrique.

Membres.

Friedrich (de Leipzig). *Exostoses.*

Présentation de deux frères qui portent des exostoses cartilagineuses multiples, en des régions et en des points presque semblables des membres inférieurs et supérieurs. Tous deux présentent une subluxation du radius et un manque partiel du cubitus.

Zabludowski (de Berlin). *Affections chirurgicales des pianistes.*

La maladie des pianistes a été considérée comme purement fonctionnelle. En réalité, il s'agit très souvent d'une névrite d'un des nerfs du bras, c'est-à-dire d'une inflammation ayant un point de départ dans les muscles et les articles les plus traumatisés. Parfois on note des téno-synovites, des myosites, plus rarement des périostites à marche d'abord subaiguë, puis chronique.

Ce sont surtout les jeunes filles, aux mains allongées, avec articulations flasques et os grêles, qui sont atteintes. Aussi devrait-on faire jouer les enfants et adolescents sur des pianos moins durs, moins larges; car ceux qui existent sont tous d'un même modèle et ne conviennent guère qu'aux mains bien formées des adultes.

Wohlgemuth (de Berlin). *Fractures de la grosse tubérosité de l'humérus.*

Cette fracture, dont le diagnostic est rarement posé, est la cause de bien des troubles consécutifs à un traumatisme de l'épaule (gêne des mouvements, douleurs, parésies, etc.). Aussi ne doit-on jamais omettre de recourir à la radiographie et, si on trouve cette cassure, il faut la réduire avec le plus grand soin et maintenir le bras dans l'abduction et la rotation externe.

Eiselsberg (de Königsberg). *Remplacement de l'index par le second orteil.*

Après mise à nu de l'articulation métatarso-phalangienne du second orteil, section des tendons extenseurs et fléchisseurs, résection de l'extrémité proximale de la phalange, Eiselsberg aviva le moignon de l'index, plaça la main sur le pied et adossa os et os, sutura les moignons tendineux et fixa le tout dans un appareil plâtré; au bout de douze jours, section du pont nourricier à la plante. L'orteil s'est convenablement soudé, mais, bien que l'opération date de quatre mois, il n'y a pas la moindre mobilité active.

Bähr (de Hanovre). *De la coxa vara.*

Südeck décrit à la partie antérieure et supérieure du col, dans la coxa vara, une crête osseuse de soutien, qui, pour Bähr, représente simplement une rugosité d'insertion de la capsule articulaire et ne joue absolument aucun rôle pathologique. L'orateur attache une certaine importance, dans la coxa vara, à la surcharge que supporte le col du fémur, même quand la cuisse est horizontale, et pense expliquer ainsi l'inflexion postérieure et la torsion. Cette inflexion occupe trois sièges d'élection : la jonction du col et de la diaphyse, la ligne épiphysaire, enfin, la base de la tête.

Reichel (de Chemnitz). *Chondromatose de l'articulation du genou.*

Il s'agit d'une tumeur très exceptionnelle, d'un vrai chondrome intra-articulaire de la synoviale du genou chez un homme de trente-six ans. Ce néoplasme formait une masse sessile, située au-dessus et en dehors de la rotule. Mouvements du genou assez libres. Pas d'hydarthrose, gros frottements articulaires. Le malade marchait sans boiter. — Résection totale du genou, nécessitée par l'envahissement de toute la synoviale. La prolifération chondromateuse avait toutefois respecté les cartilages articulaires, les

ménisques et les extrémités osseuses. Le néoplasme était un chondrome hyalin, à texture alvéolaire.

Bünge (de). *Présentation de quelques sujets amputés d'après la méthode de Bier.*

Dans tous ces cas, le résultat fonctionnel est excellent, et les moignons ne sont en aucune façon douloureux.

Grosse (de Halle). *Pseudarthrose du tibia.*

Jeune fille de dix ans guérie d'une pseudarthrose du tibia par l'implantation d'un fragment de tibia d'adulte, long de 5 centimètres, stérilisé dans l'eau bouillante. La consolidation s'est faite au bout d'un an.

Radiographie.

Joachimsthal (de Berlin) montre des photographies de trajets fistuleux, remplis d'une émulsion iodoformée, de fractures rares, de balles dans le cerveau, d'ostéites syphilitiques, de difformités des orteils, d'amputations congénitales, de scoliose.

Poelchen (de Zeitz) présente l'image et la pièce d'un diverticule par pulsion de l'œsophage.

Immelmann (de Berlin) insiste sur la valeur des rayons X pour le diagnostic différentiel des tumeurs osseuses : l'ostéome, l'enchondrome, l'anévrysme osseux, le sarcome, la syphilis, la tuberculose osseuse se distinguent les uns des autres à la radiographie.

Lauenstein (de Hambourg) montre une pièce de fracture spontanée du fémur, provenant d'une femme de cinquante et un ans, chez laquelle, par les rayons Röntgen, on a pu, dans la plupart des pièces du squelette, constater des tumeurs intra-médullaires ou corticales.

Südeck (de Hambourg), enfin, présente des images figurant des atrophies osseuses, d'origine diverse.

H. Rieffel.

NÉCROLOGIE

M. le Pr William STOKES (de Dublin).

M. le Pr William Stokes (de Dublin) vient de mourir à l'hôpital de Pietermaritzbourg. Arrivé dans le Sud de l'Afrique le 1er mars dernier, pour se mettre au service des armées en campagne comme chirurgien, il a succombé le 18 août à une attaque de pleurésie.

Né le 10 mars 1839 (c'est donc à l'âge de *61 ans* qu'il s'est embarqué pour le théâtre de la guerre et qu'il y est mort). Il était fils de William Stokes, dont les travaux sur les maladies du cœur et du poumon sont très connus. Il fit ses études médicales à Dublin et gravit rapidement les échelons qui le menèrent au titre de chirurgien des hôpitaux (1864), de professeur de Chirurgie au *Royal College of Surgeons in Ireland* (1872), enfin de président de ce même collège (1886).

C'est en effet à la chirurgie qu'il a consacré toute son intelligence et toute son activité. Professeur éloquent et très écouté, membre assidu d'un grand nombre de Sociétés savantes, écrivain chirurgical de premier ordre, il a laissé le souvenir d'un esprit éminent et d'un talent merveilleux auquel d'ailleurs, disons-le en passant, l'admiration et les honneurs n'ont pas manqué.

C'est surtout par ses travaux remarquables et extrêmement nombreux qu'on pourra le juger. Ces travaux portent sur toutes les branches de la chirurgie. En voici une nomenclature assez complète.

1865. *Contributions to practical surgery*. Dublin, J. Falconer, 1865, 8°, 20 p.

1866. *Contributions to practical surgery* (*On the treatment of granular ophthalmia by pressure*). Dublin, J. Falconer, 1866, 8°, 11 p.

1867. *An address delivered in the Meath Hospital*. Dublin, J. Falconer, 1867, 8°, 31 p.

1868. *Contributions to practical surgery* (*On the resection of joints and tones*). Dublin, J. Falconer, 1868, 8°, 21 p.

1869. *Traumatic fracture of larynx* (*Dublin J. M. Sc.*, 1869, XLVII, 307-313, and XLIX, 503-505). — *On temporary deligation of the abdominal aorta*. Dublin, J. Falconer, 1869, 8°, 10 p., 1 pl.

1870. *Richmond Hospital records*. Dublin, J. Falconer, 1878, 8°, 29 p., 1 pl. — Tableau synoptique donnant la statistique de 33 cas de fractures traitées depuis le 1er février jusqu'au 31 juillet 1868 (*Dublin, Q. J. M. Sciences*, 1870, XLIX, 142-145).

1872. *Records of operative surgery*. Dublin, J. Falconer, 1872, 8°, 26 p., 4 pl.

1873. *On a case in which Allarton's median operation was succesfully performed for the removal af an entire gum-elastic catheter from the bladder* (*Irish Hospital Gazette*, 1873, n° 1, p. 1-9).

1874. *Notes on Strangulated Hernia* (*Dublin J. M. Sc.*, 1874).

1876. *On excision of a pachydermatocele of the scalp.* [Excision d'une tumeur dermique diffuse du cuir chevelu] (*Dublin Journ. of. med. Science*, 1876, p. 1).

1877. [*Nouveau procédé de rhinoplastie*] (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1877, p. 379).

1880. *Ovariotomy and antiseptics* (*Med. Press. a. Circ.*, Lond., 1880, n. s., XXIX, 207-210). — *Case of ovariotomy treated antiseptically* (*Brit. M. J.*, Lond., 1880, I, 593). — *Case of amputation through the hip-joint, in which Davy's method of preventing hæmorrhage was satisfactorily employed* (*Lancet*, Lond., 1880, I, 683). — *Litholapaxy, or lithotrity at a single sitting* (*Med. Press. a. Circ.*, Lond., 1880, I, 50). — *A case of gangrenous inflammation following vaccination; or vaccinia gangraenosa* (*Dublin J. M. Sc.*, 1880, 3. s., LXIX, 497-502 (Discussion, 528-532). — *A case of amputation through the hip-joint, with remarks* (*Tr. Clin. Soc.*, Lond., 1880, XIII, 233-237). — *On suprapubic luxation of the femur* (*Brit. M. J.*, Lond., 1880, II, 916).

1881. *Observations on excision of the knee in early life* (*Brit. M. J.*, Lond., 1881, II, 926-928). — *Excision of the tongue* (*Tr. Clin., Soc.*, Lond., 1881, XIV, 188-197).

1882. *Address in surgery Jubilee meeting of the British Medical Association.* London, J. a. A. Churchill, 1882, 8°, 44 p. — *Herniotomy* (4 cases) (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIV, 377-383). — *Ovariotomy* (7 cases) (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIV, 360-373). — *Abdominal section* (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIV, 383-386). — *Resections of the knee-joint* (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s. LXXIV, 326-329). — *Address on surgery.* Lond., 1882, 8°. — *On the Taliacotian operation* (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIII, 391-397, 1 pl.). — *Fatal perforation of the vermiform appendix* (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIII, 450-454). — *Division of the neck of the femur in cases of ankylosis* (*Brit. M. J.*, Lond., 1882, I, 505). — *On amputation at the hip-joint* (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIII, 273-279, 1 pl.). — *On osseous anchylosis of the hip-joint treated by osteotomy* (*Med. Press. a. Circ.*, Lond., 1882, n. s., XXXIII, 200-202). — *Necrosis of tibia, involving knee and ankle joints* (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIII, 70-72). — *Excision of the uterus with both ovaries* (*Dublin J. M. Sc.*, 1882, 3. s., LXXIV, 373-377).

1883. *On penetrating wounds of the bladder* (*Tr. Acad. Med. Ireland*, Dublin, 1883, I, 88-94, 1 pl.). — *On the therapeutic value of nerve stretching in tabes dorsalis* (*Tr. Acad. Med. Ireland*, Dublin, 1883, I, 239-247). — *Sarcoma of inferior maxilla; excision; recovery* (*Dublin M. J. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 350). — *Osteo-cystoma; excision of tumour with portion of lower jaw; recovery* (*Dublin M. J. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 342-344, 1 pl.). — *Large fibroma growing from zygoma; excision; recovery* (*Dublin M. J. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 347). — *Large fibroid enchondroma of the palate; excision; recovery* (*Dublin M. J. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 345-347, 1 pl.). — *Large cystic tumour of the upper jaw; hydrops antri, or dropsy of the antrum; excision of greater portion of the cyst; recovery* (*Dublin M. J. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 344, 1 pl.). — *Fibro-sarcomatous tumour of the superior maxilla; excision of the tumour and greater portion of upper jaw* (*Dublin M. J. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 348-350). — *Extensive (secondary) epithelial cancer of the lower jaw; excision of greater portion of that bone as well as of lower lip* (*Dublin J. M. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 353-355). — *Extensive epithelial cancer of the tongue, floor of the mouth and lower jaw; excision of diseased structures, and two enlarged submaxillary glands; return of the disease in less than four months.* (*Dublin J. M. S.*, 1883, 3. s., LXXVI, 359-361). — *Extensive epithelioma of lip and chin, involving alveolus of lower jaw; excision of ulceration, and of portion of lower jaw; cheilo-plastic operation subsequently performed* (*Dublin J. M. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 355-357). — *Cancer of lower jaw; excision of the tumour rapid return of the disease* (*Dublin J. M. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 357-459, 1 pl.). — *Remarks on excision of the shoulder-joint* (*Brit. M. J.*, Lond., 1883, II, 905-907). — *Excision of an enormous tumour (probably osteo-fibroma) growing from the base of the skull, pressing on and partially absorbing the removal of that bone* (*Brit. M. J.*, Lond., 1883, I, 1114). — *Excision of a tumour (osteo-fibroma) of exceptionally large size, growing from the base of the skull, pressing on and partially absorbing*

the right superior maxilla and necessitating the removal of that bone (*Dublin J. M. Sc.*, 1883, 3. s., LXXVI, 351-353).

1884. *On the radical cure of hernia by peritoneal and intercolumnar suture* (*Dublin J. M. Sc.*, 1884, LXXVII, 97-104). — *Case of gunshot injury with unusual thoracic complications* (*Dublin J. M. Sc.*, 1884, LXXVII, 162-165). — *Radical cure of hernia.* (*Brit. M. J.*, Lond., 1884, I, 465).

1885. *Astragaloid osteotomy in the treatment of flat-foot* (*Tr. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1885, III, 141-147).

1886. *On address on finality in Surgery* (*Dublin J. M. Sc.*, 1886, 3. s., LXXXII, 448-459). — *Bone drainage in the treatment of the early stages of hip-disease* (*Tr. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1886, IV, 152-159). — *Acute myxœdema following thyroidectomy* (*Brit. M. J.*, Lond., 1886, II, 709-711).

1887. *Work done in surgery by its professors in the Royal College of surgeons in Ireland* (*Dublin J. M. Sc.*, 1887, 3. s., LXXXIV, 353-367).

1888. *Cavendish's lecture on the altered relations of surgery to medicine* (*Lancet*, Lond., 1888, I, 1117-1122). — *The altered relations of surgery to medicine*, Lond., J. a. A. Churchill, 1888, 8°, 40 p. — *On traumatic subdural abscess of the brain* (*Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1888, VI, 142-154).

1889. *Thyrotomy in the treatment of laryngeal cancer* (*Brit. M. J.*, Lond., 1889, II, 593-595). — *A case of abdominal tumour; operation; death; necropsy* (*Lancet*, Lond., 1889, II, 698).

1890. *Remarks on pylorectomy* (*Brit. M. J.*, Lond., 1890, I, 917-1000).

1890-1. *Operations on the thyroid gland* (*Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1890-1, IX, 282-292, 2 pl.).

1892. *Presidential address on dispensary medical officer of Ireland; their prospects and position* (*Brit. M. J.*, Lond., 1892, I, 485-487).

1892-3. *Estlander's thoracoplastic operation* (*Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1892-3, XI, 129-142).

1894. *The ethics of operative surgery.* (*Med. Press. a. Circ.*, Lond., 1894, n. s., LVIII, 445-447).

1895. *On the operative treatment of cancer of the jaws, tongue and lips* (*Dublin J. M. Sc.*, 1895, XCIX, 193-208, 4 pl.). — *Remarks on cases of renal surgery* (*Brit. M. J.*, Lond., 1895, I, 853-855). — *Movable kidney; laparotomy; recovery* (*Brit. M. J.* Lond., 1895, I, 853). — *Three successful cases of ovariotomy* (*Med. Press. a. Circ.*, Lond., 1895, n. s., LIX, 510).

1896. *Notes on ovariotomy* (*Tr. Roy. Acad. M. Ireland*, Dublin, 1896, XIV, 211-225). — *On a method of after-treatment in cases of partial resection of the lower jaw.* — *Practitioner*, Lond., 1896, LVII, 32-38. — *The bacteriological examination of nine autopsies on cases of diphteria treated by antitoxin* (*Boston Med. a. Surg. J.*, 1895. — *J. of Laryngol.*, Lond., 1896, 207 p.).

1897. *Case of a large cystic bronchocele necessitating-complete removal of the thyroid gland*) *Lancet*, Lond., 1897, I, 7).

1898. *Remarks on the treatment of fracture of the patella by the open method and suture* (*Brit. M. J.*, Lond., 1898, II, 1868). — *On thyroidectomy in exophthalmic goitre* (*Brit. M. J.*, Lond., 1898, II, 1297). — *William Stokes, his life and work* (*1804-1878*), *by his Son* (Lond., *T. F. Unwin*, 1898, 255 p.).

1899. *On the rhinoplastic operation.* (*Brit. M. J.*, Lond., 1899, I, 325-327).

1900. (*D'après la Bibliographia medica*). *The military hospitals at Wynberg. Brit. M. J.*, Lond., 1900, I, 535. — *The hospital ships at Durban. Brit. M. J.*, Lond., 1900, I, 663-664. — *Some experiences at the military hospital, Mooi River, Natal. Brit. M. J.*, Lond., 1900, I, 1052-1054. — *Clinical notes on a case of fracture of the carpal scaphoid. Brit. M. J.*, Lond., 1900, I, 1075-1076, 3 fig. — *Clinical remarks on amputation of the lower jaw. Indian M. Rec.*, Calcutta, 1900, XVIII, 470-472. — *The war in South Africa. A visit to the general hospital, Ladysmith. Brit. M. J.*, Lond., 1900, I, 1495.

Le prof. Stokes est une des victimes les plus marquantes de la guerre du Transvaal.

M. B.

M. le Dr ALBERT (de Vienne.)

Nous avons le regret de signaler le décès de M. le Professeur ALBERT (Edouard), de Vienne, mort subitement à sa campagne de Senftenbrg (Bohême), qui est également son lieu de naissance.

Né en janvier 1841, il fit ses études à Vienne, principalement sous la direction de maîtres tels que Stricker et Dumreicher. Il fut « promu » en 1867, puis nommé, dès 1873, Professeur « ordinaire » de clinique chirurgicale à Innsbruck, enfin, en 1881, Professeur à Vienne.

La science chirurgicale lui doit une foule de travaux importants qui montrent quelle place prépondérante a occupée le maître aujourd'hui disparu. Comme opérateur, il a tenu le premier rang à Vienne, depuis la mort de Billroth. Il était membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris, de la Medico-Chirurgical Society d'Édimbourg, de la Société des Sciences médicales de Lyon, etc.

Enfin, pour être complet, disons la part qu'a prise cet esprit si éminent aux affaires politiques de son pays : Albert était en effet Conseiller aulique et membre dé la Chambre des Seigneurs. Sans cesser d'être équitable, il soutenait volontiers la cause des Tchèques; il a d'ailleurs prouvé son amour pour cette race intéressante en traduisant en allemand des poésies tchèques.

Mais, pour nous restreindre à son œuvre chirurgicale, la seule que nous devions surtout avoir en vue ici, citons les travaux que nous lui devons :

1871. *Ueber die Hernia inflammata.* Wien, Salzer, in-8, 48 p.

1872. *Einige Fälle von schwierigen Hasenscharten Operationem* [quelques cas d'opérations difficiles de bec-de-lièvre] (*Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk.*, octobre 1er).

1873. *Untersuchungen über das Fieber* (*Ber. der naturwiss. med. Vereins zu Innsbruck*).

1873. *Studien zur chirurgischen Pathologie der Bewegungsorgane* (*Med. Jahrb.* 3e fasc., p.p. 304 et 367).

1874. *Beiträge zur Kenntniss des Coxitis.*

1874. *Periartikuläre Abcesse.*

1876. *Ueber die Arthrotomie.* Wien, Urban u. Schwarzenberg, in-8, 40 p.

1876. *Jahresbericht der chirurgischen Universitätsklinik in Innsbruck*, in-8, 84 p., 1 pl.

1876. *Diagnostik der chirurgischen Krankheiten in zwanzig Vorlesungen.* Wien, W. Braumüller, in-8, V, 338 pp., 1 l.

1877-80. *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende.* Wien, Urban u. Schwarzenberg, in-8, V, 1-4.

1877-78. *Beiträge zur Geschichte der Chirurgie.* Wien, Urban u. Schwarzenberg, in-8, 193 pp., 2 Hft., 1 p. l.

1879. *Zwei Cystotomien mit Naht* (*Wien. med. Presse*, n° 8, p. 233).

1879. *Ein Fall von Resektion der Patella* (*Wien. med. Presse*, XX 1650-1653).

1879. *Versuch zur Hestellung einer Ankylose des Schulter und Ellbogengelenkes bei spinaler Lähmung der oberen Gliedmassen* (*Wien. med. Presse*, XX, 1649).

1879. *Zur Resektion des Kneigelenks* (*Wien. med. Presse*, n° 22, p. 705).

1880. *Zur Mechanik der menschlichen Sprungbeingelenke* (*Ber. d. naturw. med. Ver. in Innsbruck*, X, 102-106).

1880. *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen fur praktische Aerzte und Studirende.* Wien, in-8, 2 Aufl., 1 Hft.

1880. *Weitere Totalexstirpationen der Schilddrüse* (*Wien. med. Presse*, XXI, 870-873).

1880. *Enterorrhaphie zur Heinlung von Hothfisteln* (*Wien.med.Presse*, XXI-425-428).

1880. *Beiträge zur operativen Chirurgie* (Wien, 2 Hft, in-8).

1880. *Ein osterreichischer Elektrotherapeut. aus dem vorigen Jahrhundert* (*Wien. med. Presse*, XXI, 369-372).

1880. *Zwei seltene Fälle von angeborenen Missbildungen an den Gliedmassen* (*Wien. med. Bl.*, III, 305-306; 679-681).

1881. *Antrittsrede gehalten beim Beginne seiner klinischen Vorlesungen an der Universität Wien, 2 mai 1881* (Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg, in-8, 25 pp.).

1881. *Pierre Franco* (*Mitth. d. Wien. med. Doct. Coll.*, VII, 393-375).

1881. *Eine Bemerkung betreffend das Fehlen der Hirnpulsation bei blossliegender Dura mater* (*Wien. med. Bl.*, IV, 449-451).

1881. *Ein Fall von angeborenem theilweisem Mangel der Tibia* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVI, 267).

1881. *Ligatur der Arteria subclavia* (*Wien. med. Presse*, XXII, 1125-1127; 1149; 1599).

1881. *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende.* 2 Aufl. 4.-16. Hft., Wien, in-8.

1881. *Sectio alta* (*Wien. med. Bl.*, IV, 951; 991).

1882. *Abgelaufene Coxitis und consecutive Luxation im Hüftgelenke* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVII, 141).

1882. *Diagnostik des chirurgischen Krankheiten in 20 Vorlesungen.* 2 Aufl. I, Hfte, Wien, in-8.

1882. *Review of Pierre Franco* (*Deutsches Arch. f. Gesch. d. Med. u. med. Geog.*, Leipzig, V, 1-21).

1882. *Untersuchungen über einige Verhältnisse der Wärme an fiebernden Thieren* (*Wien. med. Bl.*, V, 396-399).

1882. *Hydrokeleprocessus vaginalis Nuckii* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVII, 196).

1882. *Einige Fdlle von kunstlicher Ankylosenbildung an paralytischen Gliedmassen* (*Wien. med. Presse*, XXIII, 725-728).

1882. *Hernia diaphragmatica* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVII, 305).

1882. *Eine neue Anzeige zur Castration* (*Wien. med. Bl.*, V, 833-837).

1882. *Zur Kasuistik der Kropfextirpationen* (*Wien. med. Presse*, XXIII, 72-75; 172; 297-299).

1882. *Zur Symptomatologie des genu valgum* (*Wien. med. Bl.*, V, 193-196).

1882. *Zur Mechanik des unteren Sprunggelenkes des Menschen* (*Med. Jahrb.*, *Wien*, 493-498, 1 pl.).

1882. *Ueber praelacrymale Oelcysten* (*Wien. med. Bl.*, V, 1563-1566).

1882. *Fractura baseos crani; fractura colli humeri et antibrachii* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVII, 556).

1883. *Beiträge zur Lehre von der spontanen* (*Ostitis Osteomyelitis und Periostitis*) (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVIII, 325; 337; 345; 357; 381; 393; 403; 423; 449; 467; 435).

1883. *Luxatio antibrachii posterior inveterata* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVIII, 553).

1882. *Diagnostika chirurgicheskikh zabolièvaniy. 20 lektsii.* Perevod so 2-go miemetskavo izdanïa [From 2. Germaned] (Saint-Petersburg, in-8, II, 5-242 pp., 11).

1882. *Ueber einige im Alterthume gepflegte Operationen an den Blutgefässen* (*Wien, med. Bl.*, V, 17; 81).

1882. *Strictur der Harnröhre* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVII, 337).

1882. *Ueber einige Verhältnisse der Wärme am fiebernden Thiere* (*Med. Jahrb.*, *Wien*. 367-380).

1883. *Gegen die Castration bei Hernien* (*Wien. med. Bl.*, VI, 61).

1883. *Ueber Brüche und Verrenkungen der Kniescheibe* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXVIII, 4).

1883. *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aertze und Studirende* (Wien (Schluss.) 2 Aufl., in-8, 35-40.

1883. *Ueber Gelenksresektionen bei Caries* (*Wien. Klinik*, IX, 85-100).

1883. *Einige kymographische Messungen am Menschen* (*Med. Jahrb*, Wien, 249-255, 1 diag.).

1884-5. *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende.* Wien. u. Leipz., Urban u. Schwarzenberg, in-8, v. 1-4, 3. Aufl.

1884. *Abnorme Mastdarmbildungen* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXIX, 392).

1884. *Fracturen und Luxationen der Wirbelsäule* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXIX, 355).

1884. *Urämie* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXIX, 368).

1884. *Ueber Lungenchirurgie* (*Wien. med. Presse*, XXV, 853; 885).

1884. *Diagnose und Therapie des Darmverschlusses* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXIX, 286).

1884. *Spastische Stricture des Oesophagus; Oesophagismus* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXIX, 18).

1884. *Die neueren Untersuchungen über den Plattfuss* (*Wien. med. Presse*, XXV, 1; 75; 132; 1557).

1884. *Ueber die neueren Untersuchungen betreffend die Mechanik der Schädelfracturen* (*Mitth. d. Wien. med. Doct. Coll.*, X, 306-308).

1885. *Ueber die Heilbarkeit des Krebses durch operative Behandlung. Erwiederung an Prof. von Winiwarter* (*Wien. med. Presse*, XXVI, 1605-1609).

1885. *Einige seltenere Erkrankungen der Zunge* (*Wien. med. Presse*, XXVI, 1; 41; 73; 137; 169).

1885. *Einige Operationen an Nerven* (*Wien. med. Presse*, XXVI, 1285).

1885. *Diabetes mellitus und Gangraena senilis* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXX, 1; 13; 49; 81; 93).

1885. *Eine eigenthümliche Art der Totalskoliose* (*Wien. med. Presse*, XXVII, 1-3).

1886. *Die Therapie der Knochen und Gelenkstuberculose* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXXI, 1; 25; 49).

1887. *Die secundäre infectiöse Osteomyelitis und Periostitis* (*Wien. med. Presse*, XXVIII, 1769-1771).

1887. *Ueber die Leistenhernie* (*Wien. med. Presse*, XXVIII, 1-3).

1887. *Ueber die neuesten Arbeiten von Bergmann und Adamkiewiez, betreffend die Lehre vom Gehirndruck* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXXII, 37; 63).

1887. *Zur Frage der Operationsbehandlung der Peritonitis* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXXII, 109).

1887. *Zur Diagnose der angeborenem Luxation des Hüftgelenkes, besonders mit Rücksicht auf eine Form der Luxation die im Gefolge der acuten Osteomyelitis des oberen Femurendes auftritt* (*Wien. med. Presse*, XXIII, 438-437).

1887. *Die neuesten Ansichten über die Natur der Ranula* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXXII, 379).

1887. *Diagnostik der chirurgischen Krankheiten.* Wien. A. Hölder, in-8, IV, 316 pp., 4 Aufl.

1888. *Laparotomien wegen Uterusmyomen* (20 Fälle, darunter I Todesfall) (*Wien. med. Presse*, XXIX, 429; 545; 585).

1888. *Ein eigenthümlicher Fall von Zerreissung des Brunchsackes bei der Taxis* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXXIII, 47).

1888. *Arthrodese bei einer habituellen Luxation des Schultergelenkes* (*Internat. klin. Rundschau*, Wien, II, 281-283).

1889. *Ueber die Diagnose der struma maligna* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXXIV, 55).

1889. *Weitere Laparotomien wegen Uterusmyomen* (*Wien. med. Presse*, XXX, 49-52).

1889. *Die Lehre vom Hirndruck; eine kritische Studie* (*Klin. Zeit. u. Streitfragen*, Wien, III, 73-100).

1889. *Carcinoma uteri; Totalexstirpation, Heilung* (In : Eder (A.) *Aerztl. Ber.*, Wien., 173).

1889. *Zur Lehre von der Gehirnerschuttering* (*Arb. u. Jahresb. d. k. k. erst. chir. Univ. Klin. zu Wien*,, 1-5.

1889. *Jahresbericht der ersten chirurgischen Klinik.* Schuljahr 1887. Verfasst von Julius Hochenegg. Wien u. Leipz., Urban u. Schwarzenberg, in-8, 274 p., 1 pl.

1890. *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Vorlesungen für praktische Aertze und Studirende.* Wien u. Leipz., Urban u. Schwarzenberg, in-8, v. 1-4, 4 Aufl.

1890. *Diagnostik der chirurgischen Krankheiten.* (Wien, A. Hölder, in-8, IV, 303 p., 5 Aufl).

1890. [*Note sur la théorie de la colonne vertébrale scoliotique*] (*Sborn. lek.*, V, Praze, III, 473-485; Rés. 485).

1890. *Verzeichniss der Operationen, welche an der in chirurgischen Klinik an den in Jahre 1888 in Abgang gebrachten Kranken ausgeführt worden sind* (*Aerztl. Ber. d. k. k. allg. Krankenh. zu Wien* (1888), 1890, 156-158).

1891. *Weitere Laparotomien wegen Uterusmyomen nebst einer neuen Methode der Stumpfversorgung* (*Wien. med. Presse*, XXXII, 1533; 1573).

1892. *Spontane Ruptur von Brunchsäcken* (*Internat. klin. Rundschau*, Wien, VI, 1-3).

1892. *Ein Fall von paralytischer Luxation im Hüftgelenke. Internat. klin. Rundschau*, Wien, VI, 809-811).

1892. *Eine neue Modification der Stumpfversorgung bei Abtragung des myomatösen Uterus* (*Wien. med. Presse*, XXXIII, 1161-1163).

1893. *Traité de chirurgie clinique et de médecine opératoire* (Traduction française, revue et annotée par A. Broca, avec une préface de P. Terrier). Paris, G. Steinheil, in-8, 4 v.

1893. *Diagnostik der chirurgischen Krankheiten.* Wien, A. Hölder, in-8, IV, 312 pp., 6 Aufl.

1893. *Drei Fälle von Echinococcus Operationen* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XXXVIII, 1).

1893. *Ein bemerkenswerther Fall von Gastroenterostomie* (*Wien. med. Wchnschr.*, XLIII, 717-750, 1 pl.).

1893. *Zum Kapitel der Gelenksneurosen* (*Internat. klin. Rundschau*, Wien, VII, 1-4).

1893. *Achillodynie*, *Wien. med. Presse*, XXXIV, 41-43).

1894. *Eine neue Methode der Jejunostomie* (*Wien. med. Wchnschr.* XLIV, 57-59).

1895. *Zur Anatomie der Skoliose* (*Wien. klin. Rundschau*, IX, 513; 531; 545).

1895. *Zur Geschichte der Theorie der cerebralen Localisation* (*Wien. med. Presse*, XXXVI, 1497-1499).

1895. *Weitere Beiträge zur Anatomie der Skoliose* (*Wien. klin. Rundschau*, IX, 753; 773; 803).

1895. [*Trépanation palliative dans des cas de tumeur cérébrale*] (*Wien. med. Woch.*, n° 7, 3 et 5).

1896. *Keilwirbel und Schrägwirbel* (*Wien. med. Wchnschr.*, XLVI, 948).

1896. *Beiträge zur Kenntniss der Osteomyelitis.* Wien, A. Hölder, in-8, 132 p., 12 pl. roy.

1896. *Weitere Untersuchungen über Skoliose* (*Wien. klin. Rundschau*, X, 265-267).

1896. *Diagnostik der chirurgischen Krankheiten.* Wien, A. Hölder, in-8, 318 p., 7. Aufl.

1897. *Lehrbuch der speciellen Chirurgie.* 5 Aufl. v. I. Die Krankheiten des Kopfes, Halses, der Wirbelsaüle, der Brust und des Armes (Wien. u. Leipz., Urban u. Schwarzenberg, in-8, 603 p.

1898. *Exstirpationsmethode bei Lupus.* [Discussion. *Off. Prot. d. K. K. Gesellsch. d. Aerzte*, Wien, mai, 6].

1898. *Rippenresection wegen Enchondrom* (*K. k. Gesellsch. d. Aerzte*, Wien, mai 27).

1898. *Gallertcarcinom des Magens* (*K. K. Gesellsch. d. Aerzte*, Wien, mai 27).

1898. *Gedenkrede auf weiland Leopold Ritter von Dittel von E. Albert* (*Wien. klin. Rundschau*, XII, 706-199).

1899. *Bilaterales Mammacarcinom* (*Wien. med. Wchnschr.*, XLIX, 57).

1899. *Ein Fall von hysterischer Skoliose* (*Allg. Wien. med. Ztg.*, XLIV, 37).

1900. *Die Architektur des menschlichen Oberarms.* Wien, Hölder, in-4, 25 S., 1 Taf.

1900. *Architektur des menschl. Felsenbeines* (*Wien. med. Presse*, XLI, 1-17, 5 Abt.).

1900. *Die Architektur der Tibia* (*Wien. med. Wchuschr.*, 1900, I, 265-273, 3 fig.

1900. [*L'architecture de l'os huméral*]. *Casop. lek. cesk.*, Praha, 1900, XXXIX, 1-4; 25-29, 14 fig.

1900. *Gegen die Castration bei Tuberkukole des Nebenhodens. Therap. v. Gegenwart*, Berl. u. Wien 1900, n. F., II, 17.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu; par **G. Dieulafoy**. — Paris, Masson, éditeur, 1899.

Le troisième volume de cliniques, que publie cette année le professeur Dieulafoy, continue la série que nous avons déjà annoncée les années précédentes. Comme toujours les questions médico-chirurgicales, toutes d'actualité, y tiennent une large place; aussi le chirurgien tirera-t-il un grand profit de la lecture de ces cliniques.

Il nous suffira, pour montrer l'intérêt qu'elles présentent, de rappeler le titre de quelques-unes d'entre elles : Étude médico-chirurgicale de la pleurésie interlobaire; perforation syphilitique de la voûte palatine; kystes hydatiques de la rate; rapport du traumatisme avec le diabète; étude médico-chirurgicale du phlegmon péri-néphrétique primitif; traitement des kystes hydatiques du foie; diagnostic de l'appendicite, etc.

Écrites d'une plume alerte, avec cette clarté d'exposition qui caractérise l'enseignement du professeur Dieulafoy, ces cliniques nous montrent que si quelques médecins ont encore un esprit rétrograde, il en est, comme l'auteur, qui marchent de l'avant et qui, sur bien des points, nous donnent des indications opératoires posées avec une netteté plus grande qu'elles ne l'auraient été par bon nombre de chirurgiens.

Hartmann.

La Gastrostomie; par **J. Braquehaye**. — Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1900.

La chirurgie stomacale est depuis quelques années à l'ordre du jour; aussi s'explique-t-on que dans la collection des *actualités médicales* en voie de publication, les éditeurs aient eu l'idée de demander à M. Braquehaye un fascicule sur la gastrostomie.

Dans cet opuscule l'auteur, après avoir exposé l'historique, les indications et contre-indications de l'opération, aborde en détail le manuel opératoire, décrivant successivement les divers procédés préconisés. Il termine par l'étude des soins consécutifs et des résultats de la gastrostomie. Rejetant d'une manière absolue les opérations en deux temps, M. Braquehaye donne parmi les autres la préférence aux procédés qui créent une valvule, mettant au premier rang celui de Fontan.

A propos de l'historique de la gastrostomie, nous profiterons de l'occasion qui nous est offerte pour rectifier une erreur qui se trouve dans la *Chirurgie de l'estomac*, que nous avons récemment publiée en collaboration

avec le professeur Terrier. Après avoir établi que les deux premières opérations de Gastrostomie sont dues à Sédillot, nous disions que la troisième fut faite en Allemagne par Fenger. En réalité Fenger opéra à l'hôpital de l'Université de Copenhague, où il était professeur, le 23 mars 1853, comme cela résulte de documents que nous a communiqués un chirurgien danois, le Dr I. Hansen, d'Aarhus. Ce qui nous avait induit en erreur c'est que le travail de Fenger fut publié dans *Hospitals meddelelser*, VI, 417, en 1853, et dans un recueil allemand, les *Archiv f. path. Anatomie.*

HARTMANN.

DE LA PROSTATECTOMIE PÉRINÉALE TOTALE; par le Dr **Robert Proust** (Thèse de Paris, 1900).

Dans cette thèse l'auteur étudie les indications et le manuel opératoire de l'ablation totale de la prostate et de l'urètre prostatique. Il a divisé son travail en quatre parties.

Dans la première, chapitre d'anatomie chirurgicale, il étudie : *les voies d'abord, les zones décollables, les pédicules* de la prostate. Comme voie d'abord il préconise la voie périnéale; mais, à l'encontre des auteurs qui n'utilisent que la taille prérectale, ne pénétrant ainsi dans la loge prostatique que par sa face postérieure, il est d'avis, en créant une brèche antérieure au travers du diaphragme uro-génital, d'effondrer largement le plancher de la loge prostatique, ce qui permettra d'opérer absolument à ciel ouvert. La prostate se laisse facilement isoler des parois de sa loge en avant, en arrière, sur les côtés, mais sa base tient à la vessie: cette adhérence n'existe qu'en avant; en effet, dès qu'on a sectionné la partie initiale de l'urètre au niveau du col, cette zone se laisse facilement décoller au doigt. Une prostate ainsi isolée tient encore par son bord postérieur où pénètrent les canaux éjaculateurs; en dehors de ceux-ci, séparés d'eux par la partie inférieure des vésicules séminales, se trouvent les hiles vasculaires de la prostate : c'est là en effet qu'arrivent les branches prostatiques de la vésico-prostatique, permettant ainsi la confection aisée des pédicules.

Ayant ainsi établi le bien-fondé anatomique en quelque sorte de la prostatectomie, l'auteur cherche à la justifier en étudiant les lésions de l'hypertrophie.

L'hypertrophie s'accompagne presque toujours d'un retentissement urétral et, dans l'immense majorité des cas, c'est l'urètre prostatique qui est une des causes, sinon l'unique cause de la rétention (25 cas sur 28 de la statistique de Vignard). Aussi l'auteur pense que c'est là l'indication formelle de la résection de l'urètre prostatique.

Bien plus, les recherches actuelles amènent à concevoir l'hypertrophie comme un adénome, une néoplasie bénigne, susceptible parfois de dégénérer en épithélioma; c'est là encore l'indication d'une opération, et complète, et précoce.

Puis, passant rapidement en revue les différentes méthodes opératoires,

l'auteur aborde la description de son procédé, dont voici les temps principaux.

Incision en V : une des branches du V le long de l'arcade ischio-pubienne gauche, l'autre suivant le tracé de l'incision prérectale. Section du transverse superficiel à gauche, ainsi que du transverse profond.

En relevant la lèvre externe du diaphragme uro-génital, on trouve le bord du releveur gauche; on le suit jusqu'au rectum; tirant alors le rectum en arrière, on tend également l'autre releveur; dans l'écartement de ces deux muscles on amorce le décollement rectal, en se dirigeant aussi *en avant* que possible, tout contre la prostate; lorsque le bec de la glande est atteint, on sectionne l'urètre à ce niveau et on rabat complètement le lambeau dans l'épaisseur duquel se trouve le bulbe et l'urètre membraneux. On place une grande valve au devant du rectum, une en avant tout contre la symphyse; on met deux pinces à traction sur le sommet de la prostate et on commence à isoler la glande; dès que l'isolement est terminé, tirant fortement les pinces en arrière, l'opérateur amène sous ses yeux la base antérieure de la glande; à son extrémité supérieure, d'un coup de ciseaux, il sectionne l'urètre, puis sépare au doigt et d'avant en arrière la base de la prostate du trigone vésical. Ceci fait, il reste à lier et à sectionner les pédicules. Puis on suture l'urètre à la vessie par des points non perforants, et l'on adosse l'un à l'autre les deux releveurs pour combler la loge prostatique. On draine et on suture. Dans le cas où la prostate fait une grosse saillie intra-vésicale, plutôt que de pratiquer le décollement, on pratique délibérément la résection du trigone et l'on suture sur la ligne médiane. Si l'urine est très infectée, on laisse l'incision vésicale ouverte en arrière, créant une cystostomie périnéale temporaire.

L'auteur termine en disant qu'on est en droit d'espérer une continence parfaite après l'opération, car le vrai sphincter de l'urètre c'est le sphincter de la portion membraneuse.

A Gosset.

Paralytic deformities of the lower extremities, the principles of their surgical treatment; par **E. Noble Smith**. — London, 1900, Smith, Elder and C°.

L'objet de ce petit livre est de passer en revue les déviations paralytiques des membres inférieurs, et de discuter le meilleur traitement à appliquer aux différents cas. L'auteur étudie successivement la paraplégie complète et incomplète, la paraplégie pottique, la paralysie des myélites aiguës, de l'ataxie, des névrites périphériques, la paralysie du spina bifida, la paralysie infantile.

A. Gosset.

Le propriétaire-gérant : Félix Alcan.

Coulommiers. — Imp. Paul BRODARD.

TECHNIQUE DE LA COLOSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT

DE CERTAINES TUMEURS INOPÉRABLES DU RECTUM

Par Henri HARTMANN

Chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Depuis que les travaux de A. Verneuil et de P. Reclus[1] ont fait définitivement rejeter l'anus lombaire et adopter l'anus iliaque dans le traitement palliatif des lésions inopérables du rectum (cancers propagés aux parties voisines, rétrécissement très étendu avec fistules multiples, etc.), la technique de cette opération a fait l'objet de nombreux travaux.

Un point est aujourd'hui acquis, c'est qu'à moins d'accidents d'occlusion complète, nécessitant l'ouverture immédiate de l'intestin, il y a lieu, comme l'ont montré Maydl[2], puis P. Reclus[3] de revenir à une pratique déjà conseillée par Davies Colley[4], mais tombée dans l'oubli, celle de l'anus en deux temps. Avec elle on évite tous les accidents d'infection possible d'une plaie fraîche par le contenu intestinal, et la mortalité opératoire tombe, pour ainsi dire, à zéro.

Quelques accidents peuvent cependant être observés :

1° Le *prolapsus de l'intestin* à travers l'anus artificiel.

2° Le *rétrécissement cicatriciel* de l'orifice.

3° Le développement d'une hernie, par suite d'une sorte d'*éventration* locale au voisinage même de l'anus.

4° L'*incontinence absolue des matières.*

5° *Le passage des matières dans le bout inférieur.*

Aussi de nombreux procédés opératoires ont-ils été préconisés

1. Verneuil et Reclus. *Des anus artificiels, iliaque et lombaire* (*Premier Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1885, t. I, p. 431.)

2 Maydl (K.). *Zur Technik der Kolotomie* (*Centr. f. chir.*, Leipzig, 1888, n° 24, p. 434).

3. Reclus (P.). *Bull. de la Soc. de Chir.*, Paris 1887, séance du 16 novembre.

4. Davies Colley. *On three cases of colotomy with delayed opening of the intestine* (*Trans. of the clinical Society*, London, 1885, t. XVIII, p. 204).

dans ces dernières années, visant plus ou moins directement tel ou tel de ces accidents[1].

Une expérience longue déjà de sept années, puisque mes premières opérations remontent au début de l'année 1894, m'a montré qu'il était facile d'éviter ces divers accidents en recourant à un procédé rapide, simple d'exécution, excellent dans ses résultats, tant immédiats qu'éloignés. L'idée première en appartient, je crois, à un de mes anciens internes, aujourd'hui chirurgien à Odessa, le Dr W. Du Bouchet, qui me conseilla, au lieu d'inciser successivement les divers plans de la paroi, de faire comme Mac Burney pour l'opération de l'appendicite à froid, de dissocier en étoile les divers plans musculaires de cette paroi.

Cela dit, voici quelle est ma technique :

Manuel opératoire

Le malade est endormi, soit au chloroforme, soit simplement au bromure d'éthyle, l'opération étant de très courte durée.

Après les précautions d'usage (désinfection de la peau par un brossage avec de l'eau savonneuse, puis par une friction à l'alcool suivie d'un lavage avec la solution de sublimé au millième), on limite le champ opératoire avec des compresses stérilisées.

Incision de la peau. — Le chirurgien, placé à gauche du malade, fait, à deux doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une incision longue de dix centimètres, perpendiculaire à une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure et répondant par son milieu à cette ligne. (Fig. 1.)

Le bistouri coupe successivement la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané, le mince feuillet aponévrotique qui recouvre les fibres du grand oblique.

1. Pour éviter :

1° L'*infection du péritoine*, en dehors de l'*opération en deux temps*, on a conseillé la ligature sur un tube (Paul), la colostomie en pénis (Lauenstein).

2° *Le passage des matières dans le bout inférieur*; en dehors de l'éperon (Verneuil, Audry, Desguin, Maydl, nous-même), on a fait la section de l'intestin avec fermeture et réduction du bout inférieur (Schinzinger, Madelung, Sonnenburg), le rétrécissement du bout inférieur (Mosetig-Moorhof), la résection étendue de l'intestin (Gangolphe).

3° *Pour obtenir la continence*, on a fait un anus à travers le grand droit (v. Hacker), faisant ensuite cheminer l'anse sous la peau (Witzel), la colostomie fessière, la colostomie transiliaque (Gleich), l'anus iléo-crural (Braun), l'anus symphysien (Roux).

1. Cette technique a déjà été exposée avec nos 24 premières opérations, dans la thèse de notre élève Deletrez. *De l'anus iliaque dans le traitement de certaines maladies du rectum*, th. de Paris, 1898-1899, n° 578.

Dissociation des plans musculaires de la paroi. — Rien n'est plus facile alors que de dissocier d'un coup de sonde cannelée les fibres du grand oblique au niveau d'un des interstices de ce muscle, la direction des fibres du grand oblique étant exactement celle de la plaie.

Lorsque la boutonnière musculaire est ainsi faite, on place en son

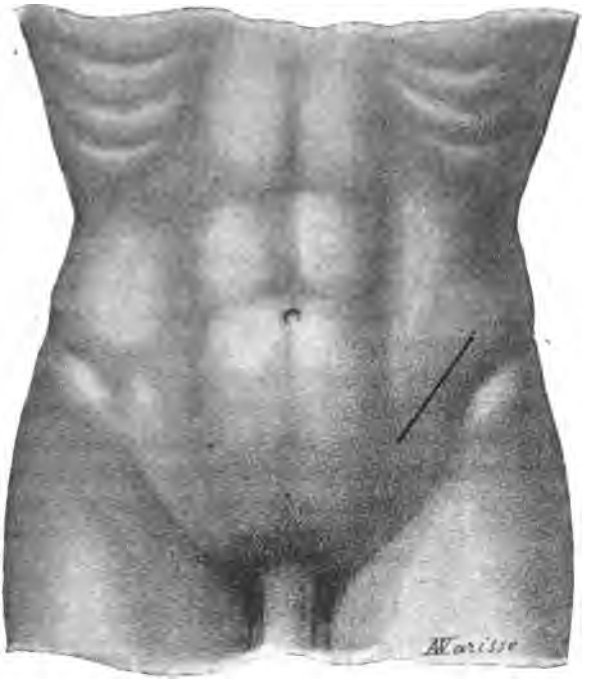


Fig. 1. — Tracé de l'incision cutanée.

milieu deux écarteurs, pour l'ouvrir dans une direction exactement perpendiculaire à celle de l'incision primitive.

Un des écarteurs se trouve appliqué exactement sur l'épine iliaque antéro-supérieure; l'autre se dirige vers l'ombilic.

La boutonnière faite aux fibres du grand oblique se trouve ainsi ouverte, suivant une direction exactement parallèle à celle des fibres du petit oblique, qui occupe le fond de la plaie. Ces fibres sont à leur tour dissociées, toujours avec la sonde cannelée.

Une deuxième paire d'écarteurs est placée dans la boutonnière faite au petit oblique, de manière à l'ouvrir transversalement par rapport au corps de l'individu : ce qui découvre les fibres du trans-

verse parallèlement à leur direction. (Fig. 2.) Ces fibres sont à leur tour dissociées aussi avec la sonde cannelée et l'on tombe sur la graisse sous-péritonéale.

Ouverture du péritoine. — Attirant dans la plaie avec une pince à pression, confiée à un aide, et une pince à griffes, un pli de ce péri-

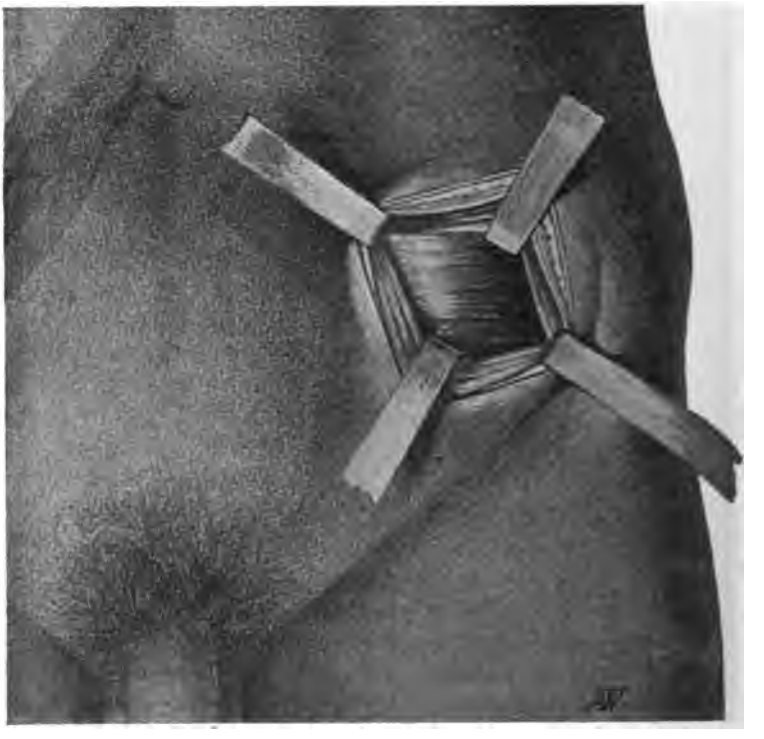


Fig. 2. — Une première paire d'écarteurs ouvre perpendiculairement à sa direction la boutonnière faite avec la sonde cannelée aux fibres du grand oblique, rétractant le milieu de sa lèvre supéro-interne vers l'ombilic, le milieu de sa lèvre inféro-externe vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Une deuxième paire d'écarteurs écarte les lèvres de la boutonnière faite au petit oblique, ce qui découvre le muscle transverse, formant le fond de la plaie.

toine doublé de graisse, on fait, avec le bistouri, une petite boutonnière qui ouvre la cavité abdominale.

L'ouverture, ainsi faite au péritoine, est *agrandie dans une toute petite étendue*, de manière à permettre l'introduction du pouce et de l'index, qui vont dans le ventre chercher la partie iliaque de l'anse oméga.

Recherche de l'anse. — Pour cela, il ne faut pas prendre au hasard

la première anse qui se présente; ce peut, il est vrai, être l'anse oméga, mais ce peut aussi être une anse grêle. Se rappelant les rapports anatomiques exacts de cette anse, on procède de la manière suivante :

Quatre pinces à pression repérant le péritoine pour l'empêcher de glisser, le chirurgien glisse l'index gauche sous la lèvre inféro-externe de l'incision; il suit le péritoine pariétal jusqu'au point où il se réfléchit sur la fosse iliaque, puis le péritoine iliaque, jusqu'à ce qu'il soit arrêté.

Ce qui l'arrête, c'est toujours la portion iliaque de l'anse oméga ou son méso, lorsque celui-ci est développé. Il suffit d'attirer l'anse correspondante; c'est *toujours* la bonne.

Une fois attirée à l'extérieur, on reconnaîtra, du reste, que c'est bien la bonne, le côlon pelvien, à ses trois caractères distinctifs : *Bosselures*, — *Bande longitudinale*, — *Appendices épiploïques*, dont un seul suffirait, du reste, pour affirmer qu'on n'a pas amené une anse grêle.

Dans quelques cas où le méso est particulièrement court, il faut descendre un peu vers l'excavation pour trouver une anse pourvue de méso, amenable à l'extérieur de la plaie. Exceptionnellement, l'anse ne peut être amenée au dehors même lorsqu'on se dirige vers l'excavation. Cela m'est arrivé deux fois sur 30 opérations [1]. En pareil cas j'ai déchiré le péritoine iliaque au-dessous de l'intestin, que j'ai ensuite attiré au dehors; cette petite manœuvre n'a déterminé qu'un suintement sanguin insignifiant, qui s'est arrêté sans ligature, par la simple compression de la mèche que je passe au-dessous de l'intestin dans le temps suivant de l'opération.

Fixation de l'anse. — L'anse étant fortement attirée au-dehors, on saisit, entre le pouce et l'index gauche, l'intestin; puis, avec une pince de Kocher, tenue fermée, de la droite on transfixe le méso, s'assurant toujours avant de le perforer qu'on est bien au niveau du méso et non au niveau de l'intestin, ce qui est toujours possible, même chez les sujets gras.

Cette pince, ayant traversé le méso, est ouverte, et ramène à travers le trou fait un rouleau de gaze iodoformée; un peu de gaze est placée autour de l'anse ainsi maintenue au dehors, interposée entre cette anse et les bords de la plaie qu'elle tamponne. Aucune suture : autant que possible nous cherchons à avoir sur la partie con-

1. Cette absence de méso peut être soit congénitale, soit tenir à la présence d'adhérences inflammatoires, comme nous l'ont montré les recherches cadavériques que nous avons faites à l'École pratique.

vexe de l'anse attirée, formant en quelque sorte le dôme de l'anse, une bandelette longitudinale. (Fig. 3.)

Dans nos 30 cas, il n'a jamais été nécessaire de lier le moindre vaisseau.

L'opération est alors terminée.

Comme pansement, on recouvre l'anse et la gaze iodoformée d'une

Fig. 3. — Cette figure montre, attiré au-dehors, le côlon iliaque, reconnaissable à ses bosselures, à sa bande longitudinale et à ses appendices épiploïques. Une lanière de gaze iodoformée passe au-dessous de lui à travers son méso. De la gaze chiffonnée l'entoure, le séparant des lèvres de la plaie qu'elle tamponne.

compresse de gaze stérilisée ou de gaze boriquée, d'ouate, et on maintient le tout avec une ceinture de flanelle.

Traitement post-opératoire.

Quarante-huit heures après, on enlève le pansement et, grâce à ce fait que l'on a employé pour entourer et soulever l'anse, de la

gaze iodoformée de couleur différente de celle qui la recouvre (gaze stérilisée), on peut facilement soulever la compresse *blanche* qui recouvre l'intestin sans risquer de déranger la gaze *jaune* qui l'entoure et le soulève.

Il faut alors *ouvrir l'intestin.*

Pour cela, prenant un thermo-cautère au rouge sombre, on sectionne dans une *étendue* très petite, de deux centimètres à peine, l'intestin, au niveau de la bandelette longitudinale le plus souvent. Cette incision est faite sur le bout afférent de l'anse sortie, en-deçà par conséquent de l'éperon constitué par l'anse attirée au dehors.

Cette ouverture de l'intestin est faite sans la moindre anesthésie, l'intestin étant complètement insensible à la cautérisation.

Pansement avec une compresse de gaze stérilisée, trempée dans de l'eau bouillie tiède.

Deux jours plus tard, soit quatre jours après la première opération, s'il n'y a pas eu de garde-robes, on donne un léger purgatif, faisant après chaque garde-robe une large irrigation avec de l'eau bouillie tiède et recouvrant la plaie d'une gaze humide et d'un taffetas.

Il est curieux de voir comme les choses s'arrangent dans la suite. Cette ouverture, qui primitivement semblait minuscule, s'agrandit peu à peu : la muqueuse s'éverse au dehors, formant une sorte de champignon rougeâtre autour de l'orifice.

Le sixième ou le septième jour, on enlève la gaze jaune qui entoure l'intestin; le dixième, le rouleau de gaze qui le soutient.

Pour enlever ce dernier, sans risquer de déchirer les adhérences existantes, il y a une petite précaution à prendre, la partie du rouleau située sous l'intestin, étant, par le fait de la compression qu'elle a subie, plus mince que les extrémités du rouleau; il faut attirer légèrement en haut et en dehors la mèche de gaze, la sectionner au niveau de la partie rétrécie, puis tirer ce qui reste du côté opposé.

L'intestin rentre peu à peu; la muqueuse qui est éversée au niveau de la petite incision, va d'elle-même se souder aux bords de l'incision cutanée, et l'anus est finalement constitué au bout d'une vingtaine de jours. Par suite de ce fait que l'anus est pourvu d'un éperon, que l'ouverture est non sur le sommet de l'anse mais sur l'anse afférente, les matières n'ont pas de tendance à passer dans le bout inférieur.

Le malade porte alors, la nuit, une petite compresse destinée à protéger son anus artificiel des frottements; le jour, un quelconque des nombreux appareils imaginés pour recueillir les quelques secrétions qui peuvent provenir de l'intestin.

Les malades opérés de cette manière se salissent très peu, l'anus étant, dans une certaine mesure, continent, et les garde-robes se faisant d'une façon régulière. Nous cherchons du reste, par un régime approprié, à déterminer chez ces malades un certain degré de constipation, provoquant au besoin une garde-robe matinale par l'administration d'un lavement introduit dans le bout supérieur à l'aide d'une sonde rouge de Nélaton et d'un bock.

Jamais nous n'avons observé la moindre complication au niveau des colostomies iliaques ainsi pratiquées. Les suites opératoires sont apyrétiques et l'en est tout étonné de voir la plaie se réduire peu à peu à un orifice large comme une pièce de deux francs, partout bordé par la muqueuse un peu éversée, qui, spontanément, sans suture d'aucune sorte, vient se réunir très exactement à la peau.

Une seule fois, sur nos 30 cas, chez une femme dont le côlon iliaque était sans méso et dont la paroi abdominale présentait une surcharge adipeuse considérable, nous avons vu l'orifice se rétrécir peu à peu. Par une opération autoplastique consistant en un débridement en haut et en dehors, avec suture de la muqueuse du côlon à l'angle supéro-externe de la plaie cutanée, nous avons remédié à l'atrésie, et, à partir de ce moment, l'anus a très bien fonctionné pendant les dix-huit mois où la malade a encore survécu après cette deuxième intervention.

Comme il est facile de s'en assurer, les malades opérés de cette manière, tout en n'ayant pas un véritable sphincter, ont cependant un orifice fermé dans une certaine mesure. Le doigt, introduit dans l'un ou l'autre bout, est serré pendant la traversée de la paroi abdominale. Quelques malades rendent des gaz avec un léger bruit, et un certain nombre présente, avant l'évacuation, une sensation de besoin qui les prévient de la venue d'une garde-robe.

DE L'EXCLUSION DE L'INTESTIN

Par MM. F. TERRIER et A. GOSSET

(*Suite* [1]).

TECHNIQUE DE L'EXCLUSION.

Avant tout, il importe de déterminer nettement ce que l'on doit entendre par *exclusion de l'intestin* et à quel genre d'opérations ce terme doit être réservé.

On a fait du terme *exclusion* un abus regrettable. En lisant les travaux écrits sur la chirurgie de l'intestin, on rencontre des observations avec la rubrique *exclusion de l'intestin*, alors qu'il s'agit tout simplement *d'entéro-anastomose*. Certains auteurs, en pareil cas, ne vont pas jusqu'à dire exclusion intestinale, ils mettent un correctif et en disant exclusion *partielle* croient ne pas pouvoir prêter à confusion. L'un ne vaut pas mieux que l'autre. Si l'on pratique simplement l'anastomose de deux anses, sans section intestinale, il n'y a pas de raison pour ne pas continuer à employer le terme *d'entéro-anastomose*.

Dès qu'il y a section intestinale, et séparation absolue des deux segments de l'intestin, il y a par cela même *exclusion*. Mais dans l'exclusion, il est des degrés.

On peut se contenter d'une section *unique* de l'intestin, avec occlusion du bout distal et anastomose du bout proximal avec le reste de l'instestin, au-dessous de l'obstacle. C'est là *l'exclusion unilatérale*, proposée par Reichel [2] et exécutée par Jessett, Becker, Kammerer, Jaboulay et Bérard.

On peut sectionner *deux fois* l'intestin, au-dessus et au-dessous de la lésion. C'est *l'exclusion bilatérale*, ou plus simplement *l'exclusion* tout court. Ce qui peut alors varier, c'est la façon de traiter les deux bouts de la portion exclue. Il est possible en effet, de se comporter

1. Voir le numéro du mois d'août.
2. Reichel. *Zur totalen Darmausschaltung* (*Centr. f. Ch.*, 8 déc. 1894, n° 49, p. 1123).

de trois façons : 1° les laisser l'un et l'autre ouverts : c'est *l'exclusion sans occlusion*, dont il existe huit cas; 2° fermer l'un des bouts et aboucher l'autre à la peau : c'est ce que l'on fait le plus souvent, et en agissant ainsi, on a exécuté une *exclusion avec occlusion partielle* (treize cas); 3° enfin, l'on peut fermer les deux bouts, c'est *l'exclusion avec occlusion totale* (six cas). Lorsqu'une fistule stercorale préexiste, point n'est besoin d'aboucher l'un des bouts à la peau; il est au contraire logique de les fermer tous deux

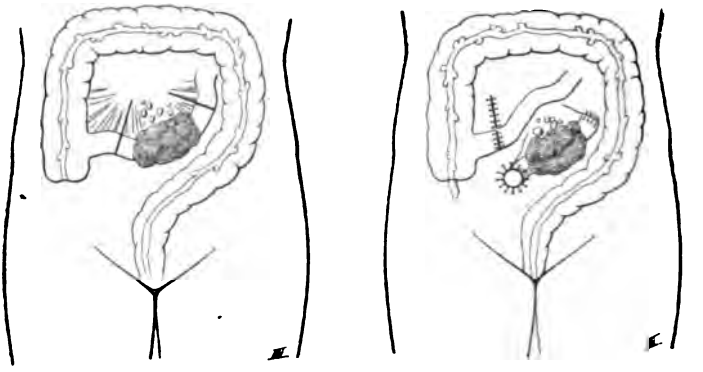


Fig. 1. — Exclusion fistuleuse d'une anse grêle (v. Eiselsberg).

puisque la fistule sert de tube à drainage. On a bien exécuté une exclusion avec *occlusion totale* ou fermeture des deux bouts; le résultat est cependant une exclusion avec occlusion partielle, c'est-à-dire avec fistule pour drainage (dix-huit cas).

L'entéro-anastomose simple et l'exclusion avec occlusion totale constituent les deux termes extrêmes de la série; les degrés intermédiaires sont représentés d'abord par l'exclusion unilatérale, puis par l'exclusion sans occlusion et enfin, par l'exclusion avec occlusion partielle et l'exclusion avec fistule stercorale préexistante.

I. *Exclusion bilatérale.* — L'exclusion est, avons-nous dit, une opération qui a pour but de séparer, ou mieux d'*éliminer* de la circulation intestinale, une anse d'intestin.

Cette élimination absolue s'obtient par une *double* section de l'intestin, au-dessus et au-dessous de l'endroit malade, ce qui donne finalement quatre bouts intestinaux libres :

1° les deux bouts de l'intestin non exclu;

2° les deux bouts de l'intestin exclu.

Le traitement des deux premiers bouts est facile et simple. Celui des deux bouts exclus est plus compliqué et discutable.

1° *Traitement des deux bouts de l'intestin non exclu.*

Le but à atteindre, c'est le rétablissement de la continuité du tractus intestinal. La question n'est pas spéciale à l'exclusion, elle se pose après toute section complète de l'intestin.

α. L'*entérorraphie bout à bout, termino-terminale, circulaire*, se présente tout d'abord comme la méthode la plus naturelle. Elle est loin d'être la meilleure.

A l'heure actuelle, il est un certain nombre de principes généraux de chirurgie intestinale bien établis. C'est ainsi qu'on s'accorde à admettre, pour toute suture intestinale, l'emploi du surjet à la soie fine et la nécessité d'un double surjet : l'un profond, *total*, c'est-à-dire prenant les trois tuniques de l'intestin, à la fois *unissant*

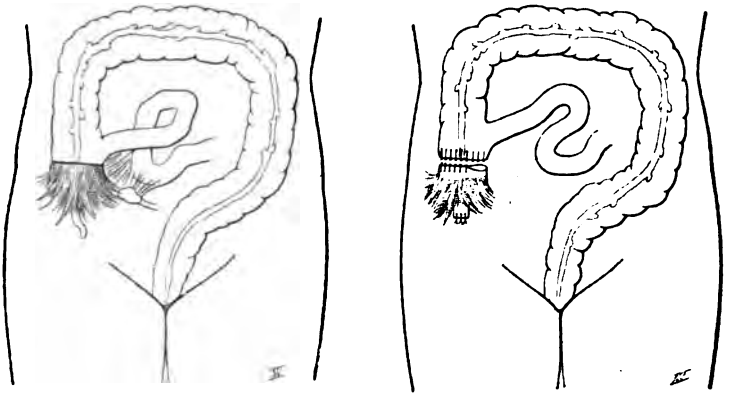


Fig. 2. — Exclusion fistuleuse du cæcum (v. Eiselsberg).

et hémostatique; l'autre superficiel, *séro-séreux*, destiné à renforcer le premier et surtout à l'enfouir [1].

Si l'on applique ces données à l'entérorraphie circulaire, on obtient forcément une très bonne union termino-terminale des deux bouts, mais au prix d'un retrécissement toujours très marqué. Aussi a-t-on cherché à tourner la difficulté, et c'est ainsi qu'ont vu le jour les procédés d'*entérorraphie longitudinale* et *de suture circulaire par abrasion* de Chaput [2].

1. F. Terrier et H. Hartmann. *Chirurgie de l'estomac*, Paris 1899.

2. Chaput. *Nouvelles méthodes opératoires pour la cure des anus contre nature et des fistules stercorales* (*Arch. gén. de Méd.*, Paris 1890, vol. I, p. 151; 271). — *Plusieurs procédés nouveaux d'entérorraphie*, Congr. fr. de Ch., 1889, Paris, 1890, 466-476. — *Étude comparative des divers procédés de suture intestinale*; *modification de l'entérorraphie longitudinale. Suture circulaire avec fente.* Compte-rendus du Congr. fr. de Ch., Paris 1891, p. 580-583.

L'entérorraphie circulaire *pure* n'est véritablement permise pour l'intestin grêle, qu'à la condition d'employer le bouton de Murphy. Dans les cas où il est indispensable de terminer rapidement l'opération — dans les étranglements herniaires avec sphacèle de l'intestin par exemple —, le bouton de Murphy permet de réaliser l'entérorraphie en quelques minutes; mais si dans de tels cas l'on exécute l'anastomose bout à bout, on est bien obligé de reconnaître que c'est un pis aller. C'est grâce à l'invention des boutons anastomotiques que l'entérorraphie circulaire trouve alors son indication. Mais s'il n'y a pas de raison valable pour employer les boutons, l'on doit recourir de préférence à la suture et, *dès qu'on parle de suture et non plus de bouton*, l'entérorraphie circulaire perd immédiatement toute raison d'être.

Dans les cas où l'exclusion est indiquée, les conditions dans lesquelles on opère permettant l'emploi de la suture, l'entérorraphie bout à bout est par cela même écartée.

Il est encore une autre raison qui doit la faire rejeter. Appliquée à l'exclusion, qui se pratique habituellement sur le segment iléo-côlique, l'entérorraphie circulaire est encore plus discutable que pour l'intestin grêle. La différence de calibre des deux bouts à anastomoser constituerait une très réelle difficulté.

β. Cette inégalité de calibre des deux bouts à anastomoser a conduit à l'*implantation latérale de l'intestin*. L'iléon est implanté dans le côlon de la même manière que l'on implante, dans le procédé de gastro-entérostomie en Y, de Roux, l'origine du jéjunum dans l'estomac. L'anastomose peut se faire au moyen de la suture; elle a surtout été exécutée avec les plaques d'approximation et les boutons (procédé de Senn [1], procédé de Jessett [2], procédé de Murphy [3]).

L'implantation, qui donne d'excellents résultats, est d'une exécution délicate. Supérieure à l'entérorraphie circulaire, elle doit céder le pas à la troisième méthode d'union de l'intestin, après résection : l'*entéro-anastomose latérale*.

γ. *L'entéro-anastomose latérale* est la méthode de choix, c'est à elle que nous donnons la préférence et cela parce qu'elle présente

1. Senn. *Enterorrhaphy; its history, technique and present status* (*President's address, delivred at the meeting of the Association of Military Surgeons of the National Guard of the United States* (Chicago, 8 août 1893).

2. F. B. Jessett. *Report on intestinal surgery* (*Results obtained from an experimental investigation into a novel mode of operating suggested by Prof. Senn, of Milwaukee*). *Trans. of the Royal med. and. surgic. Faculty of London*, 1889, 12 mars. — *Brit. M. J.*, London, 1889, II, p. 169-180.

3. J. B. Murphy. *Cholecystico-intestinal, gastro-intestinal, entero-intestinal anastomosis and approximation without sutures.* — *Med. Rec.*, N. Y., 1892, XLII, p. 665-676.

sur l'entérorraphie circulaire un certain nombre d'avantages [1]. « Le principal, c'est de mettre en contact des surfaces séreuses de grandeur voulue, sans porter préjudice à l'intestin; c'est d'obtenir une soudure rapide et large des bouts intestinaux, cela sans le moindre inconvénient. Dans l'entérorraphie circulaire, en effet, mieux les séreuses sont appliquées l'une à l'autre, moins la lumière de l'intestin est grande; on arrive même à une fermeture absolue chez les enfants et en particulier dans les cas d'atrophie intestinale. — Le second avantage de l'apposition latérale, c'est que la largeur des

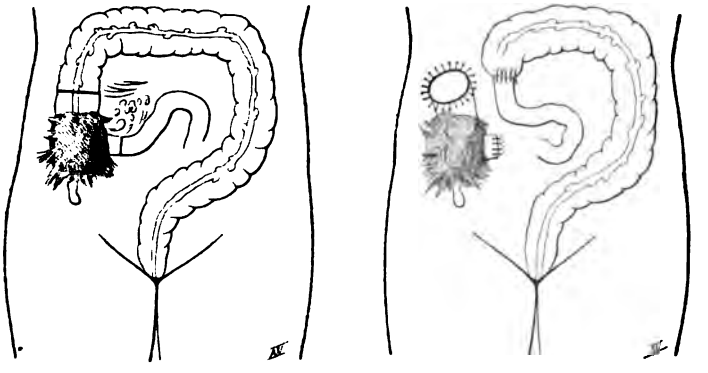


Fig. 3. — Exclusion fistuleuse du cæcum et d'une portion du côlon ascendant (v. Eiselsberg).

bouts intestinaux à réunir importe peu. — Le troisième avantage est que l'on a la possibilité, lors de réunion latérale, d'établir une communication entre les deux bouts intestinaux, aussi large qu'on le désire. » (Terrier et Baudouin.)

Il est vrai qu'on a adressé à l'apposition latérale quelques reproches, mais ces reproches sont plus théoriques que réels. La longueur de l'intervention ne doit pas être incriminée; en opérant comme nous allons l'indiquer plus loin, on ne met pas plus de temps à exécuter l'entéro-anastomose latérale que la suture circulaire, et l'exécution est beaucoup plus facile.

On a dit également que le contenu intestinal refoulait peu à peu le cul-de-sac supérieur et le transformait en un diverticule où la stase devenait possible. Les recherches de Senn [2], de Reichel [3] ont fait justice de ce reproche, en établissant que chez les animaux opérés depuis longtemps, ce cul-de-sac est complètement atrophié.

La seule objection à l'entéro-anastomose latérale, vraiment digne

1. F. Terrier et M. Baudouin. *La Suture intestinale*, Paris, 1898, p. 277.
2. Senn. *Loc. cit.*
3. Reichel. *Loc. cit.*

d'attention, a trait à la plus ou moins grande facilité du cours des matières à travers la nouvelle bouche. Il semble, *a priori*, que l'abouchement bout à bout soit, à ce point de vue spécial, de la plus haute importance. Il n'en est rien, les faits sont là pour le démontrer. Mais ce qui est plus surprenant, c'est qu'avec le temps, par suite du passage continuel des matières, les deux bouts de l'intestin finissent par se continuer en ligne droite. Von Frey[1] a constaté après six mois, chez des lapins, que le bout afférent continuait directement le bout efférent. Devant un tel résultat, on croirait à une entérorraphie circulaire, après résection *oblique* par rapport à l'axe de l'intestin. Bien plus, au lieu de constater un point rétréci à la jonction des deux bouts, on y voit plutôt un agrandissement, une dilatation. De telle sorte que le résultat éloigné de l'opposition latérale est véritablement parfait.

Il est parfait, à une condition toutefois : c'est d'*apposer les deux bouts dans le sens de la péristaltique*. Il suffit pour obtenir ce résultat de suivre les préceptes de von Hacker, c'est-à-dire ne pas accoler parallèlement, en canons de fusil, les deux bouts, afférent et efférent, mais les disposer de telle sorte que le bout efférent continue la direction générale du bout afférent.

En résumé, dans le rétablissement de la continuité du tractus intestinal, toutes les préférences doivent aller à l'entéro-anastomose latérale, dont la facilité d'exécution est plus grande et dont le résultat fonctionnel est parfait.

2° *Traitement des deux bouts de l'anse intestinale exclue.* — Nous avons dit qu'il était très variable, suivant que l'on pratique ou non l'occlusion, et surtout suivant qu'il y a ou non une fistule préexistant à l'opération.

Nous étudierons d'abord l'*exclusion avec occlusion partielle*, la plus usitée.

α. *Exclusion avec occlusion partielle. — Technique des auteurs.* — Avec tous les chirurgiens, nous rejetons absolument l'exclusion avec occlusion totale et nous estimons qu'il est de toute nécessité d'*aboucher l'un des bouts à la peau*, de façon à obtenir *le drainage* de l'anse exclue.

L'opérateur devra avoir à sa disposition, outre les instruments habituels, une pince écrasante, de préférence la pince écrasante de Collin, et des aiguilles droites de couturière, dites *aiguilles scientifiques*, ainsi que de la soie fine et résistante.

1. Von Frey. *Ueber die Technik der Darmnaht* (*Beitrage zur kl. Ch.*, Tubingen 1895, t. XIV, p. 1-136).

Sous l'anesthésie chloroformique, on pratiquera la laparotomie *sous-ombilicale*, puisqu'il s'agit en général de lésions de l'anse iléo-cæcale ou de la terminaison de l'intestin grêle. Cette laparotomie sera faite *médiane*; on se reconnaît mieux ainsi dans l'intérieur de la cavité abdominale, et comme il est impossible de prévoir en quel point du gros intestin sera finalement abouché l'intestin grêle, l'incision médiane est avantageuse. En outre, si l'on a soin de fistuliser *latéralement l'anse exclue*, l'incision médiane pourra être refermée dans sa totalité, avantage dont il faut tenir compte. Cette laparotomie médiane sous-ombilicale sera faite depuis l'ombilic jusqu'au

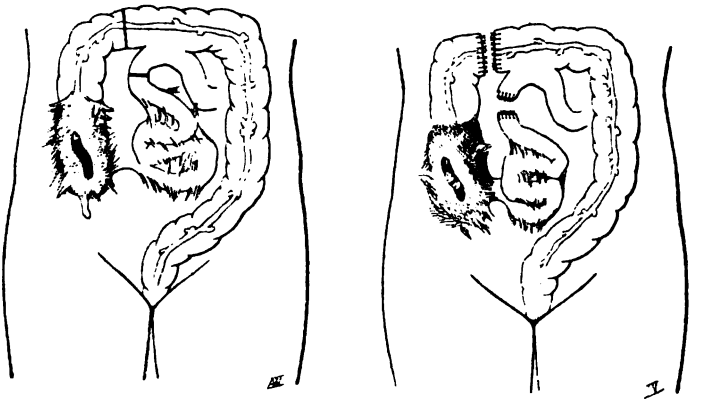


Fig. 4. — Exclusion fistuleuse du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie de l'iléon (v. Eiselsberg).

pubis, car les manœuvres opératoires auxquelles il faudra se livrer exigent un jour aussi grand que possible.

Dès que le péritoine est incisé, puis repéré avec des pinces à pression, deux écarteurs sont placés au niveau des lèvres de l'incision et l'on procède à un examen méthodique et complet des lésions. On en déterminera la ligne de conduite opératoire.

Si l'on croit devoir pratiquer une exclusion, voici la façon dont on peut procéder.

Si l'exclusion est indiquée, cela veut dire que la résection est impossible et que l'anse malade est tellement adhérente qu'elle ne peut être libérée et amenée au dehors. C'est là une difficulté opératoire, c'est surtout une chance plus grande d'infection [1].

Mais on peut tourner cette difficulté, en ayant soin de couper au-

1. Il est toujours possible de mobiliser le bout supérieur, quand il s'agit d'intestin grêle.

dessus et au-dessous de l'anse, à une certaine distance, au niveau d'une portion saine et mobilisable.

On cherchera donc avec grand soin le bout afférent et le bout efférent de l'intestin. Cette recherche, qui n'offre aucune difficulté dans le cas de lésion du caecum, est parfois plus délicate pour les lésions de l'intestin grêle. Dans le cas de masse néoplasique ou tuberculeuse, constituant un gâteau intestinal au milieu duquel s'enchevêtrent plusieurs anses, les deux bouts demandent à être cherchés (témoin le cas de Bier, Obs. XV). En procédant avec méthode, cette recherche est cependant des plus simples. On va tout d'abord à l'angle iléo-caecal et on remonte l'iléon de bas en haut, jusqu'au point où il pénètre dans la masse néoplasique. C'est

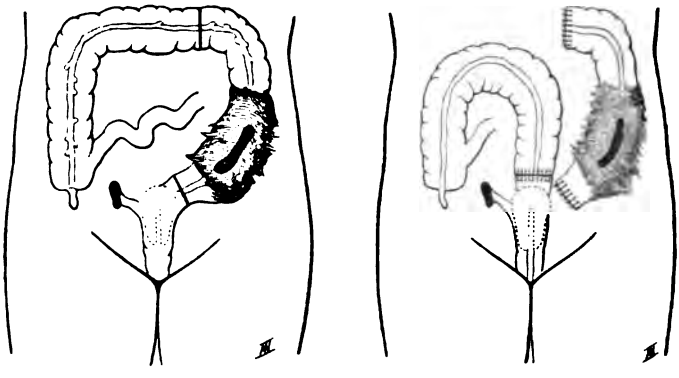


Fig. 5. — Exclusion totale du côlon descendant, avec fistule préexistante (v. Eiselsberg).

à une distance d'environ 10 centimètres au-dessous de ce point que sera faite la section de l'iléon.

Pour trouver le bout afférent, il vaut mieux ne pas dévider l'intestin, car ce pourrait être long, mais chercher le point de la tumeur où pénètre une anse saine et libre. C'est également à 10 ou 15 centimètres au-dessus que sera sectionné l'intestin. Nous répétons que cette recherche des deux bouts est réduite au minimum pour les lésions iléo-cæcales.

Dès que l'endroit de la section de l'intestin a été ainsi déterminé, on procède avec le plus grand soin à la protection du péritoine. Des compresses de toile aseptique limitent le foyer; par dessus sont disposées des lanières de gaze, et l'anse intestinale repose sur le tout, absolument isolée du reste de l'abdomen et du reste de l'intestin et attirée au dehors si possible. Lorsque le malade a été bien préparé, le contenu intestinal ne gêne pas, il suffit d'évacuer par pression la portion que l'on se propose de couper, et les clamps pour la

coprostase sont presque toujours inutiles. Ils le sont d'autant plus que nous écrasons tout d'abord l'intestin avec l'angiotribe, ce qui fait que nous ne l'ouvrons pour ainsi dire pas.

Le point où portera la section est bien étalé et l'on donne deux coups de pince écrasante; un seul coup ne serait pas suffisant. On écraserait ainsi dans le sens *de la longueur* de l'intestin une bande large de 1 cent. 1/2 seulement, et il vaut mieux répéter immédiatement à côté la même manœuvre, pour obtenir une surface d'écrasement de 3 centimètres. *En largeur*, l'écrasement s'étend du bord libre de l'intestin jusqu'au mésentère.

Cela étant fait, l'intestin est réduit à une mince lame transparente. Cette portion écrasée est liée circulairement par un double fil de soie, et un coup de ciseaux pratique entre ces deux ligatures la section de la partie écrasée. L'intestin se trouve du même coup sectionné et fermé en bourse; *il a même été fermé avant d'être sectionné.*

Il ne reste plus qu'à enfouir la partie écrasée et liée en bourse. On l'enfouit, comme cela se pratique couramment pour le moignon appendiculaire que l'on invagine dans la paroi cæcale; un surjet séro-séreux à la Lembert, permet de faire une sorte de bourse dans laquelle on enfonce le moignon et lorsque le surjet est serré, le moignon se trouve complètement caché.

Il reste à répéter exactement la même manœuvre, au-dessous de la tumeur, à l'endroit marqué d'avance, à 10 centimètres environ au-dessous de la lésion; on écrase l'intestin, on lie au-dessus et au-dessous la portion écrasée, on coupe entre ces deux ligatures et on enfouit les deux moignons au moyen d'un surjet en bourse.

Finalement, on a ainsi obtenu par ce double écrasement et par cette double section, quatre bouts intestinaux qui sont en même temps *complètement obturés* : les deux bouts de l'intestin sain, les deux bouts de l'anse exclue.

Entre les deux bouts de l'intestin sain, on rétablit la continuité par entéro-anastomose latérale.

Reste à traiter les deux bouts de l'anse exclue, qui, nous le répétons, sont déjà complètement obturés l'un et l'autre.

Le bout proximal est purement et simplement abandonné dans l'abdomen. Quant au bout distal, il sera abouché à la peau, et de préférence il sera abouché non pas au niveau de l'incision médiane, mais dans une *contre ouverture* pratiquée sur le côté.

Pour ce faire, la paroi abdominale est rapidement incisée au niveau de l'une des fosses iliaques, la droite de préférence, et le bout distal de l'anse exclue, *complètement fermé*, est attiré à travers

cette ouverture. Il est attiré de façon à faire saillie de quelques millimètres au-dessus du plan cutané, et des soies fines fixent sa séro-musculeuse au péritoine pariétal. Pour terminer l'opération, on peut à volonté ou bien ouvrir instantanément ce bout proximal et suturer sa muqueuse à la peau, ou encore attendre vingt-quatre heures, et l'ouvrir au thermo-cautère.

Dès que le bout distal a été attiré à travers la contre-ouverture iliaque et *avant l'ouverture de l'intestin*, l'incision médiane de la

Fig. 6. — Exclusion pour double fistule intestino-vaginale. (Cas de Narath, 1er temps.)

laparotomie a été complètement refermée et protégée avec un pansement à l'adhésol, ce qui empêchera pendant les jours suivants la suture cutanée d'être contaminée par le produit de sécrétion de l'anse exclue.

Telle est la technique, relativement simple, de l'exclusion avec fistulisation.

On pourrait, *a priori*, reprocher à la technique que nous conseillons un temps inutile : la fermeture préalable du bout qui sera abouché à la peau, puisque finalement, ce bout est destiné à être ouvert. Nous pensons que ce reproche n'est pas fondé et que loin d'être inutile, la fermeture de cette extrémité de l'intestin empêche toute contamination. Toute l'opération est faite, pour ainsi dire,

sans ouverture de la lumière intestinale, et ce n'est que tout à fait en dernier lieu que l'on ouvre l'intestin. On peut même remettre cette ouverture au jour suivant.

Un dernier point à discuter, c'est le bout de l'anse exclue à aboucher à la peau. Faut-il fermer le bout distal, comme quelques-uns le conseillent, et faire porter cette fistulisation sur le bout proximal? L'abouchement à la peau du bout distal aurait l'avantage de ne pas gêner la péristaltique, et le produit de sécrétion de l'anse exclue continuerait à cheminer suivant la bonne direction. Mais ce qui

Fig. 7. — Cas de Narath (2e temps).

prime surtout dans le choix du bout à anastomoser à la peau, c'est la nature de l'intestin, grêle ou gros, sur lequel porte l'exclusion. S'il s'agit d'une anse grêle, les deux bouts ayant même calibre et même mobilité, peu importe, au point de vue opératoire, celui que l'on abouche à la peau, et, dans ces conditions, il vaut mieux aboucher le bout distal. Lorsqu'il s'agit de l'anse iléo-cæcale, il y a peut-être simplicité plus grande à aboucher la portion de l'intestin grêle, c'est-à-dire le bout proximal, et à abandonner le bout distal, complètement fermé, dans l'abdomen.

Il y a encore dans le choix du bout intestinal, à tenir compte des lavages à faire à travers l'anse exclue. Mais, à ce point de vue, peu importe la direction du courant intestinal s'il s'agit d'une anse grêle.

S'il s'agit au contraire de l'anse iléo-cæcale, c'est une raison de plus pour aboucher le bout proximal.

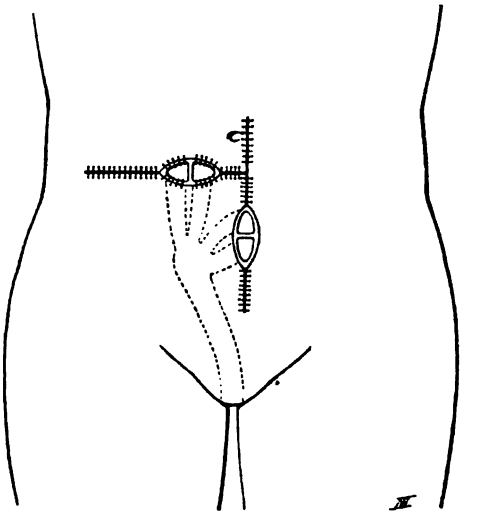


Fig. 8. — Cas de Narath (3e temps).

β. *Exclusion avec occlusion totale.* — Si l'on voulait — et c'est une pratique excellente dans le cas de fistule — exécuter l'exclusion avec occlusion totale, il suffirait, procédant de la même façon, d'abandonner dans l'abdomen les deux bouts de l'anse exclue, au lieu de n'en abandonner qu'un.

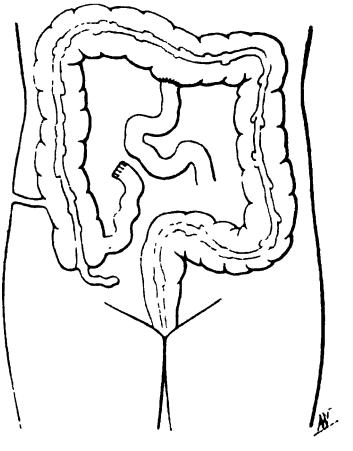


Fig. 9. — Exclusion unilatérale (Kammerer).

II. *Exclusion unilatérale.* — Au lieu de pratiquer la section de l'intestin au-dessus et au-dessous de l'obstacle, on se contentera d'écraser, puis de couper l'intestin *seulement au-dessus*. Les deux bouts écrasés seront liés en bourse, le moignon sera *enfoui* et le bout attenant à l'anse exclue abandonné simplement dans l'abdomen, tandis que l'autre bout sera anastomosé latéralement avec le reste de l'intestin, au-dessous de l'obstacle. Tout se réduit à une entéro-anastomose, précédée d'une section

complète de l'intestin. Les produits de sécrétion de l'anse exclue s'écouleront dans le tractus intestinal, dans le sens du courant normal.

INDICATIONS DE L'EXCLUSION.

A l'heure actuelle, il n'y a plus lieu de discuter la valeur de l'exclusion avec occlusion totale. Tout le monde est d'accord pour la rejeter et notre cas personnel est un nouvel argument contre cette manière de faire. Nous nous proposions d'exécuter l'exclusion avec drainage. Le tube à drainage n'a pas fonctionné, d'où l'occlusion *totale* de l'anse exclue, et la mort du malade.

La technique de l'exclusion est également bien connue.

Le seul point sur lequel on discute encore, c'est le chapitre des indications.

Dans quelles conditions est-on autorisé à faire l'exclusion ?

Trois cas absolument distincts doivent être envisagés :

1° Il y a *obstacle au cours des matières*, c'est-à-dire phénomènes de sténose plus ou moins accentués ;

2° Il y a *fistule stercorale* ;

3° Il y a *tuberculose de l'intestin*.

1° *Il y a obstacle mécanique.* — La règle peut être dans ce cas, formulée en très peu de mots : on est autorisé à faire l'exclusion toutes les fois que la résection, bien qu'indiquée, est cependant impossible. Ce que l'on pourrait encore exprimer sous une autre forme : les indications de l'exclusion sont les mêmes que celles de l'entéro-anastomose.

Dans les rétrécissements inflammatoires ou néoplasiques de l'intestin [1], on est parfois obligé de renoncer à la résection, tout simplement parce qu'elle serait impossible à exécuter. Les adhérences trop intimes et trop étendues, un envahissement du mésentère, contre-indiquent absolument la résection et n'autorisent que l'exclusion. Au cas où la résection serait possible, mais ne permettrait pas d'enlever la totalité des propagations néoplasiques, mieux vaut ne faire que l'opération la moins grave, c'est-à-dire l'exclusion, avec cet espoir que la survie sera sensiblement la même.

Il est un cas dans lequel l'exclusion peut entrer avantageusement en parallèle avec la résection : c'est lorsque le néoplasme de l'in-

1. On a cherché à appliquer au pylore ce qui a été fait pour l'intestin et à exécuter l'*exclusion du pylore*. (Chauvel, thèse doctorat, Paris 1898, n° 343.)

testin, bien que peu étendu, a cependant subi des poussées inflammatoires et créé autour de lui des adhérences qu'il est possible, mais dangereux de rompre, dont la destruction peut ouvrir des abcès enkystés, des poches suppurées, capables de provoquer de la péritonite. En pareil cas, il est plus sage de se contenter de l'exclusion, quitte à pratiquer plus tard la résection de la portion malade.

L'exclusion peut en effet constituer dans certains cas une *opération préliminaire*. Comme l'anus contre nature, mais plus normalement, elle permet la dérivation du cours des matières et quelque temps après, l'anse malade se laissera enlever plus facilement et avec moins de danger, alors qu'au moment de la première intervention, l'extirpation eût été absolument impossible. Dans le cas de Hochenegg (Obs. IV), lors de la première intervention, la tumeur « par suite des adhérences qu'elle a contractées avec la paroi postérieure du bassin et les vaisseaux pelviens, est absolument inextirpable », et on pense à ce moment à un carcinome du cæcum. Cette intervention avait lieu le 29 juin 1891. Le 12 mars 1893, au cours d'une deuxième laparotomie, on peut constater « que les anciennes adhérences à la paroi abdominale postérieure ont complètement disparu ».

Même influence heureuse de l'exclusion dans un cas opéré par Obalinski (Obs. II). « Le 1er décembre 1891, je procède à la laparotomie dans le but de pratiquer une entérectomie avec entérorraphie. Mais en constatant que de très fortes adhérences s'étaient formées entre le cæcum et l'iléon, j'ai renoncé à l'opération et je me suis borné à transformer l'anus contre nature en fistule stercorale. Cédant aux supplications du malade, je fus obligé de pratiquer le 21 juin 1892, une deuxième laparotomie et *je réussis à extirper toute l'anse exclue et à obtenir la guérison.* »

Même chose dans un cas de von Eiselsberg (Obs. XXIX). Laparotomie : adhérences du cæcum à la paroi abdominale, exclusion. Sept mois après, extirpation de la portion exclue.

L'exclusion peut donner mieux encore. Il est des cas où, faite comme pis-aller ou en tant qu'opération préliminaire, elle a suffi cependant à elle seule à amener une guérison radicale. Nous voulons parler de ces tumeurs inflammatoires de l'intestin, plus spécialement du cæcum, qui font penser *a priori* à des carcinomes et qui guérissent parfois complètement sous la seule influence de la mise au repos, grâce à la dérivation intestinale. Les exemples sont loin d'en être rares, dans les inflammations chroniques, suite d'abcès péri-intestinaux ou péri-cæcaux. Le cas de von Eiselsberg (Obs. XXXIX,

en est un bel exemple. Il s'agit d'un malade atteint d'inflammation chronique du cæcum avec violentes crises douloureuses et fièvre. « En présence de l'abondante formation calleuse qui entoure le cæcum, il parut nécessaire d'extirper la tumeur. Mais cette extirpation fut impossible. » Cependant « cinq mois plus tard, la tumeur n'était plus perceptible ».

Si, en règle générale, l'exclusion ne doit être faite que lorsque la résection est impossible, c'est-à-dire si l'exclusion a sensiblement les mêmes indications que l'entéro-anastomose, la question revient à déterminer quelle est de l'exclusion ou de l'entéro-anastomose celle qui doit être préférée. La réponse ne paraît pas douteuse : l'exclusion est supérieure à l'entéro-anastomose. Dans l'entéro-anastomose, les matières peuvent continuer à traverser le segment malade, et même s'accumuler au niveau du cul-de-sac et le distendre. C'est un inconvénient qui a conduit von Hacker, Chaput, Mosetig-Moorhof à déterminer artificiellement un retrécissement entre l'orifice anastomotique et l'obstacle. Or cet inconvénient ne saurait exister dans l'exclusion; toute relation est absolument supprimée entre la nouvelle bouche intestinale et la portion malade. On objectera peut-être que cet avantage, moins important qu'on a bien voulu le dire, est acheté au prix d'une difficulté technique qui ne le compense pas.

La plus grande difficulté technique de l'exclusion, comparativement à l'entéro-anastomose, ne saurait entrer en ligne de compte. Dans les deux cas, la bouche anastomotique sera établie d'une façon identique. La seule chose en plus que comporte l'exclusion, c'est la double section intestinale et la fermeture de quatre orifices. Si l'on a soin de pratiquer, comme nous le conseillons, l'écrasement de l'intestin, puis la ligature en bourse et le surjet séro-séreux, on verra que ce temps supplémentaire peut être fait très rapidement. Il complique fort peu et ses avantages ne sauraient être niés.

Le seul reproche valable que l'on puisse faire à l'exclusion et qui ne peut être adressé à l'entéro-anastomose, c'est la nécessité d'aboucher l'un des bouts à la peau et l'ennui d'une fistule. Mais nous verrons que l'exclusion *unilatérale* supprime cet inconvénient.

2° *Il y a fistule stercorale.* — C'est là la véritable indication de l'exclusion. Dans ces cas, loin d'être un pis-aller, elle devient supérieure à la résection elle-même, au moins dans certaines conditions.

Le procédé idéal sera toujours la résection de tout le segment d'intestin au niveau duquel siège la fistule. C'est le seul moyen de

rétablir les choses complètement en état. F. von Eiselsberg[1], qui s'est fait le défenseur de l'exclusion dans le traitement des fistules stercorales, ne craint pas cependant de recourir à la résection. En une seule année (1897), il a obtenu dans sept cas — fistules stercorales ou anus contre nature — la guérison au moyen de la résection de la portion d'intestin malade. Même dans le cas où l'on se trouve en présence de deux fistules situées à une certaine distance l'une de l'autre, c'est à la double résection qu'il donne la préférence. C'est ainsi qu'en 1897 [2] il a communiqué un cas de double résection de l'intestin avec guérison pour deux fistules stercorales siégeant au niveau du cæcum et au niveau de l'angle du côlon. Dans un cas de fistule stercorale consécutive à une hernie inguinale droite étranglée, avec périthyphlite récente, le même opérateur fut obligé, en outre, de la résection de la portion intestinale attenant à la fistule, de pratiquer *quatre* résections cunéiformes avec suture immédiate, et le malade, affaibli et âgé de soixante et un ans, guérit parfaitement. C'est pour dire que l'opinion d'un tel opérateur, habitué à obtenir d'aussi beaux résultats avec la résection, prend par cela même une grande valeur lorsqu'il défend l'exclusion pour fistules intestinales, *dans certains cas*.

Nous venons de voir, d'après le cas de F. von Eiselsberg, que ce n'est pas dans la multiplicité des fistules qu'il faut chercher une contre-indication à la résection.

Pour les fistules stercorales, comme pour les tumeurs de l'intestin, et plus encore que dans les tumeurs, la contre-indication à la résection est tirée de la résistance des adhérences et surtout des petits abcès enkystés au milieu de ces adhérences.

Dans le cas de fistule stercorale ou d'anus contre nature, la conduite à tenir commence à être nettement dégagée à l'heure actuelle. Toutes les anciennes méthodes, *sans ouverture de la cavité péritonéale*, doivent être absolument proscrites; le plus souvent illusoires, elles ne sont pas sans danger.

Dans tous les cas, il faut commencer par l'ouverture large du péritoine, ce qui permet de voir et de se rendre un compte exact des lésions. Si le segment intestinal qui porte la ou les fistules, n'est pas trop adhérent, la résection est la conduite de choix. Mais pour peu que les adhérences soient nombreuses et solides, et surtout s'il y a des phénomènes inflammatoires marqués, avec nombreux abcès

1. Von Eiselsberg. *Ueber die Behandlung der Kothfisteln und Stricturen des Darmkanales mittelst der totalen Darmausschaltung*, (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1898, Bd. LVI, p. 281, 322).
2. Von Eiselsberg. *Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1897, Bd. LIV, p. 568.

péri-intestinaux, la résection devient dangereuse et l'exclusion est la seule chose à faire.

Elle est alors d'autant plus indiquée que l'on peut, sans crainte aucune, fermer complètement les deux extrémités de l'anse exclue et les abandonner dans l'abdomen, puisque la fistule que l'on cherche à guérir, servira de soupape de sûreté.

3° *Il y a tuberculose de l'intestin.* — On peut répéter pour la tuberculose de l'intestin ce qui a été dit pour les lésions néoplasiques : quand la résection est impossible, force est bien de recourir à l'exclusion. L'entéro-anastomose est insuffisante, car il continue à passer des matières au niveau de la muqueuse, d'où des douleurs; et d'autre part, la continuité du tube digestif étant conservée, les lésions tuberculeuses gagnent de proche en proche la muqueuse voisine. L'exclusion obvie à ces deux inconvénients.

Valeur comparée des différents procédés d'exclusion. — Nous ne reviendrons pas encore sur l'exclusion avec occlusion totale : elle est rejetée par tout le monde. Il ne reste à comparer entre elles que l'exclusion avec fistule et l'exclusion unilatérale.

Il est une affection dans laquelle l'exclusion unilatérale doit être rejetée, c'est la tuberculose intestinale. Bien que Jaboulay et Bérard aient ainsi obtenu un résultat satisfaisant dans un cas de tuberculose du cæcum, nous pensons qu'il faut éviter avant tout le passage des produits tuberculeux de l'anse malade à travers l'intestin sain. Si la résection est impossible, il faut pratiquer non pas l'exclusion unilatérale, mais l'exclusion avec fistule, pour couper toute communication entre l'anse malade et l'intestin.

S'il existe une fistule stercorale, l'exclusion avec occlusion totale paraît préférable. Les faits montrent que la fistule sécrète en général fort peu, et tout reflux des matières est impossible : ce que ne réaliserait pas d'une façon sûre, l'exclusion unilatérale. Mais à part ces deux cas — tuberculose ou fistule —, nous donnons à l'exclusion unilatérale la préférence sur l'exclusion bilatérale.

Le grand reproche que l'on fait à l'exclusion, c'est l'abouchement d'un des bouts à la peau et l'ennui d'une fistule. Avec l'exclusion unilatérale, dont la technique est en même temps plus simple, cet inconvénient n'existe plus. Obalinski [1] a vivement critiqué l'exclusion unilatérale, parce qu'elle crée un diverticule de l'intestin. Mais Kammerer s'est fort bien trouvé de son emploi. Et puisque

1. Obalinski. *Zur Berechtigung der Darmausschaltung mit totalem Verchluss des angeschaltesten Darmstücke* (*Centr. f. Ch.*, 1895, n° 6).

l'on admet l'entéro-anastomose, avec rétrécissement de l'anse au-dessous de la bouche, *a fortiori* doit-on admettre l'exclusion unilatérale. L'exclusion unilatérale est supérieure à l'exclusion avec fistule et à l'entéro-anastomose simple, puisqu'elle supprime tout abouchement à la peau et qu'elle empêche tout passage des matières au niveau de la portion malade.

Résultats de l'exclusion.

1° *Résultats immédiats.* — Sur les 52 cas d'exclusion de l'intestin que nous avons pu recueillir[1], nous comptons huit morts, soit une mortalité de 15,38 pour 100. Et nous faisons rentrer dans ce chiffre de huit morts le cas de Trendelenburg, qui date de 1885. Cette mortalité opératoire, bien qu'encore élevée, ne constitue pas un argument véritable contre l'exclusion, étant donné qu'il s'agit de chirurgie intestinale. De plus, si l'on envisage pour chaque cas la cause de mort, on voit que cette mortalité pourra être réduite.

Dans l'Obs. VIII (von Eiselsberg), la mort peut être imputée à une faute de technique, puisque la péritonite qui emporta le malade relève « d'un abcès intra-péritonéal ouvert par mégarde au cours des manœuvres nécessitées par le décollement des adhérences ». La conclusion à tirer, c'est qu'il faut apporter un soin tout particulier à la protection du péritoine et à la limitation du foyer, et qu'on doit prévoir la possibilité de ces abcès enkystés.

Dans l'Obs. XXXV (von Eiselsberg) la péritonite qui emporta le malade paraît relever d'une mauvaise application du bouton de Murphy; elle eût pu être évitée.

Dans notre cas, la mort est également due à une faute de technique.

En somme, l'on peut prévoir que la mortalité opératoire de l'exclusion de l'intestin ne fera que diminuer avec les progrès de la technique, et l'on peut dire que ce n'est pas une opération très grave.

Si, au lieu d'envisager la mortalité de l'exclusion en général, on compare l'exclusion totale avec l'exclusion partielle, on voit que la mortalité opératoire de la première est nulle. Ce résultat peut paraître paradoxal, mais sur les six cas d'exclusion avec occlusion totale que nous rapportons, il n'y a pas un seul décès. Quand on parle d'occlusion totale, il faut naturellement éliminer les cas dans lesquels on a bien fait l'occlusion complète des deux bouts de l'anse exclue, mais où une fistule préexistante servait de soupape de sûreté. La morta-

1. *Aux cinquante cas connus, nous ajoutons les deux cas de Cabeça et de Salinas, relatés dans un travail portugais, que nous devons à l'amabilité de l'auteur* A. de Vasconcelles : *Exclusao total do intestino*, Lisboa, 1898.

lité de l'exclusion avec occlusion totale *effective* serait donc égale à zéro, mais il nous paraît juste de faire rentrer notre cas dans la catégorie des exclusions totales.

Du reste, sans revenir sur cette longue discussion, il suffit de faire remarquer encore contre l'occlusion totale, que le malade de l'Observation XIII (von Eiselsberg) a dû la vie à ce fait que, le quatrième jour, on a, par l'ouverture de l'anse, transformé cette occlusion totale en une occlusion partielle.

2° *Résultats éloignés.* — Ils doivent être envisagés au point de vue de la survie, des douleurs et de la fistule.

La survie dépend beaucoup moins du genre d'opération que de la nature de la lésion.

Dans les tumeurs malignes de l'intestin, l'exclusion donne le même résultat que les autres procédés de dérivation. Elle les donne d'autant mieux qu'elle réalise la dérivation complète, sans possibilité aucune de passage des matières au niveau de l'endroit malade.

Les deux facteurs qui doivent surtout entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats éloignés, c'est la fistule d'une part, et de l'autre, les douleurs.

Contre les douleurs, l'exclusion est souveraine; elles disparaissent dès que toute communication est interceptée entre le tube digestif et le point malade.

Mais la fistule persiste; elle peut même, après exclusion, sécréter plus abondamment qu'avant. Sur nos cinquante-deux observations, vingt-cinq fois l'exclusion a été faite pour fistule stercorale ou anus contre nature. Et dans la plupart de ces cas, on a cherché à faire la résection, mais les adhérences l'ont rendue impossible, au moins lors de la première tentative. C'est pourquoi si l'exclusion, *seule*, n'a pas toujours permis la guérison complète de la fistule et si une résection secondaire est devenue nécessaire, il est bon de se rappeler que c'est justement l'exclusion qui a permis cette résection.

Sur ces vingt-cinq exclusions pour fistule, il faut éliminer deux cas avec mort immédiate. Sur les vingt-trois cas restants, il faut retrancher le cas de Parkhill, qui ne prouve rien pour ou contre la fistule, et le cas de Lavisé (Obs. XXXVIII) dans lequel le malade a succombé deux mois et demi après l'opération; il reste donc vingt et un cas. Dans dix cas l'exclusion a suffi pour guérir la fistule; quatre fois la résection secondaire a été pratiquée; une fois on ne connaît pas le résultat éloigné, et dans les autres cas où la fistule a persisté, la sécrétion était minime.

L'exclusion a été pratiquée dix fois pour tuberculose du cæcum :

Tableau des cas d'exclusion de l'intestin.

OPÉRATEUR.	DATE.	NATURE DE LA LÉSION.	OCCLUSION PARTIELLE.			OCCLUSION TOTALE.		RÉSULTAT.
			avec double fistule.	avec fistule proximale.	avec fistule distale.	avec fistule préexistante.	sans fistule préexistante.	
1. Trendelenburg.	1885, 2 décembre.	Carcinome du cæcum avec fistules stercorales.				Avec fistule.		Mort par péritonite.
2. Hochenegg.	1891, 28 mai.	Tumeur inflammatoire du cæcum.	Double fistule.					Guérison.
3. Gessett.	1891.	Néoplasme du cæcum.		Exclusion unilatérale				Mort.
4. Obalinski.	1892, 5 mars.	Anus contre nature après étranglement herniaire.	Double fistule.					Guérison.
5. Frank.	1892, 20 mars.	Tuberculose cæcale.	Double fistule.					Guérison.
6. v. Eiselsberg.	1892, 31 août.	Fistule cæcale après périthyphlite.				Avec fistule.		Guérison.
7. Körte.	1893, 3 juin.	Fistule stercorale du côlon post. opératoire (tuberculose cæcale).		Fistule proximale.				Guérison.
8. v. Eiselsberg.	1893, 8 juin.	Fistule stercorale de l'iléon post-opératoire.			Fistule distale.			Mort par péritonite.
9. Narath.	1893, 28 juillet.	Fistule intestino-vaginale.	Double fistule.					Guérison.

12. Obalinski.	1894, 25 avril.	Tuberculose du cæcum.					Sans fistule.	Guérison.
13. Eiselsberg.	1894, 5 juin.	Carcinome du cæcum et du côlon ascendant, avec sténose.					Sans fistule.	Guér.; nécessité d'ouvrir l'anse au 4e jour.
14. v. Eiselsberg.	1894, juillet.	Fistule stercorale après ablation de fibr. utérin.					Sans fistule.	Guérison.
15. Bier.	1894, 10 septembre.	Fistule stercorale après périty phlite.					Sans fistule.	Guérison.
16. Funke.	1894, 1er novembre.	Fistule stercorale après périty phlite.				Avec fistule.		Guérison.
17. Parkhill.	1894, 8 décembre.	Fistule stercorale après appendicite.					Sans fistule.	Guérison.
18. Bier.	1895, 31 janvier.	Rétrécissement de l'intestin après périty phlite.			Fistule distale.			Guérison.
19. Keetley.	1895, avril.	Anus contre nature opératoire.			Fistule distale.			Guérison.
20. Wölfler.	1895, 1er juin.	Tuberculose cæcale.	Double fistule.					Guérison.
21. Becker.	1895.	Néoplasme du cæcum.		Exclusion unilatérle.				Mort.
22. Borelius.	1895.	Néoplasme du colon ascendant.		Exclusion unilatérle.				Guérison.

OPÉRATEUR.	DATE.	NATURE DE LA LÉSION.	OCCLUSION PARTIELLE.			OCCLUSION TOTALE.		RÉSULTAT.
			avec double fistule.	avec fistule proximale.	avec fistule distale.	avec fistule préexistante.	sans fistule préexistante.	
23. Sargnon.	1895.	Néoplasme du cæcum.		Exclusion unilatér^le.				Guérison.
24. Bier.	1895, 5 juillet.	Rétrécissement de l'intestin après périthyphlite.			Fistule distale.			Guérison.
25. Kammerer.	1895, 21 août.	Fistule cæcale après appendicite.		Exclusion unilatér^le.				Guérison.
26. Wiesinger.	1895, 29 août.	Ulcérations intestinales?		Fistule proximale.				Guérison.
27. Conrath.	1895, 10 novembre.	Tuberculose cæcale avec fistule.				Avec fistule.		Mort.
28. Friele.	1895	Néoplasme du côlon descendant et anus artificiel opératoire.				Avec fistule.		Guérison.
29. v. Eiselsberg.	1896, 20 mai.	Tumeur inflammatoire du cæcum.	Double fistule.					Guérison.
30. Wölfler (inédite *in* Conrath.	1896, 10 juin.	Tuberculose du cæcum.	Double fistule.					Guérison.
31. v. Eiselsberg.	1896, 25 juin.	Tuberculose du cæcum et du côlon ascendant.	Double fistule.					Guérison opératoire.

34. v. Eiselsberg.	1897, 28 janvier.	Lymphosarcome inopérable de l'iléon.			Fistule distale.			Guérison.
35. v. Eiselsberg.	1897, 7 février.	Carcinome du cæcum.			Fistule distale.			Mort de péritonite aiguë.
36. v. Eiselsberg.	1897, 24 juin.	Fistule stercorale inguinale après paramétrite.				Avec fistule.		Guérison.
37. v. Eiselsberg.	»	Fistule stercorale après hernie crurale étranglée.				Avec fistule.		Guérison.
38. Lavisé.	1897, 11 juillet.	Fistules cæcales tuberculeuses.				Avec fistule.		Guérison opératoire.
39. v. Eiselsberg.	1897, 24 juillet.	Inflammation chronique du cæcum avec fièvre.			Fistule distale.			Guérison.
40. v. Eiselsberg.	1897, 6 août.	Fistule cæcale après périthyphlite.				Avec fistule.		Guérison.
41. Kummer.	1897, novembre.	Fistule cæcale opératoire.				Avec fistule.		Guérison.
42. Lavisé.	1898, 14 mars.	Anus contre nature vaginal.				Avec fistule.		Guérison.
43. Cabeça (in de Vasconcellos).	1898, septembre.	Fistule stercorale après hernie crurale étranglée.				Avec fistule.		Guérison.

OPÉRATEUR.	DATE.	NATURE DE LA LÉSION.	OCCLUSION PARTIELLE.			OCCLUSION TOTALE.		RÉSULTAT.
			avec double fistule.	avec fistule proximale.	avec fistule distale.	avec fistule préexistante.	sans fistule préexistante.	
44. Salinas (in de Vasconcellos).	?	Anus contre mature après hernie crurale étranglée.				Avec fistule.		Guérison.
45. Tubenthal.	1898, 6 novembre.	Fistules après abcès postyphiques.				Avec fistule.		Guérison.
46. Bergmann.	1899, 28 juillet.	Fistule stercorale après appendicite.				Avec fistule.		Guérison.
47. Ostrom.	1899 (?)	Fistule stercorale après appendicite.				Avec fistule.		Guérison.
48. Ostrom.	1899 (?)	Cancer iléo-cæcal.			Fistule distale.			Guérison.
49. Ostrom.	1899 (?)	Cancer iléo-cæcal.			Fistule distale.			Guérison.
50. Terrier.	1899, 22 juillet.	Néoplasme de l'intestin grêle.			Fistule distale.			Mort au 7e jour par rétention dans l'anse exclue.
51. Gayet.	1900, 6 janvier.	Tuberculose intestinale.				Avec fistule.		Guérison.

cas de Frank (1892, Obs. V), cas de Funke (1894, Obs. XVI), cas de Wölfler (1895, Obs. XX), cas de Wiesinger (1895, Obs. XXVI), cas de Conrath (1895, Obs. XXVII), cas de Wölfler (1896, Obs. XXX), cas de Steinthal (1896, Obs. XXIII), cas de von Eiselsberg (1896, Obs. XXI), cas de Gayet (1900, Obs. LI), cas de Jaboulay (1900, Obs. LIII).

Sur ces dix cas, il y eut deux morts opératoires (cas de Conrath et de Steinthal), et le malade de von Eiselsberg mourut d'hémoptysie, deux mois après l'opération. Restent donc sept malades chez lesquels on peut apprécier le résultat de l'exclusion pour lésions tuberculeuses de l'intestin. Trois ont guéri avec fistule, trois ont eu une guérison complète, et un a guéri après résection, mais c'est l'exclusion qui avait rendu possible cette résection.

(*A suivre*).

SUR LA TECHNIQUE

DE LA

CRANIOTOMIE EXPLORATRICE

Par le Dr A. CODIVILLA

Directeur de l'Institut orthopédique Rizzoli (Bologne).

Communication faite au XIIIe Congrès international de Médecine. — Paris, 1900.

J'ai publié dans le n° 16 du *Centr. f. Chir.* de 1898 une brève description du craniotome que j'emploie pour former de larges lambeaux ostéoplastiques sur la calotte du crâne. La description de cet instrument est suivie des explications nécessaires à son mode d'emploi. Quelques gravures montrent l'instrument isolé et appliqué sur le crâne.

Cet instrument, par sa forme et par son fonctionnement, se distingue des craniotomes communément employés; et la description que j'en ai donnée en quelques mots et avec figures qui, il faut l'avouer, n'étaient pas très bien réussies, ne pouvait suffire à en donner une idée claire. Ceci explique donc comment M. Krönlein, n'ayant pas observé *de visu* cet appareil, n'ait pu arriver à s'en faire une idée exacte et que M. Jonnesco l'ait qualifié de compliqué; il l'aurait même modifié en le simplifiant. Malheureusement je n'ai pu me procurer la publication originale faite à ce sujet par M. Jonnesco et je ne puis donc établir la valeur des modifications qu'il a faites.

Mon craniotome fut présenté à la réunion de 1898 de la Société des Chirurgiens italiens et y fut observé fonctionnant; il plut tellement qu'il est actuellement employé dans les cliniques et par beaucoup de chirurgiens italiens. Cela m'a persuadé de la nécessité qu'il y a à étudier cet instrument de près et d'en faire l'application, afin qu'il puisse être apprécié autant qu'il le mérite.

La valeur de ce fait et les jugements erronés émis après ma publication m'ont décidé à le présenter à ce Congrès international.

Il peut sembler étrange qu'au moment où la craniotomie peut être exécutée au moyen d'instruments qui sont considérés comme

le dernier mot du perfectionnement, fraises, scies circulaires, mises en action par des moteurs électriques, instruments dont la rapidité et la délicatesse de fonctionnement semblent impossibles à surpasser, il peut sembler étrange que j'insiste au sujet d'un appareil basé sur le principe même des trépans communs et dont la première idée remonte au temps d'Ambroise Paré.

Ceci vient de ce que j'ai la conviction que le craniotome que je présente, par sa simplicité, sa rapidité, sa délicatesse de fonctionnement, ne le cède en rien aux instruments dont je viens de parler et parce qu'il l'emporte sur eux par l'avantage d'une sûreté d'action supérieure et, de plus, par deux autres avantages qui ne sont pas à dédaigner : mon craniotome est facile à transporter et il est d'un prix très modéré. Pouvoir aussi se passer de la force électrique qui actuellement ne se trouve seulement qu'à la disposition des grandes villes et des grands établissements et qui, là même, peut aussi manquer à un moment donné, voilà encore, à mon avis, un véritable avantage.

Dans ma précédente publication je mis en évidence l'importance de cet instrument employé dans la craniotomie exploratrice. Le craniotome agit en effet, en ne faisant subir à l'os qu'une très minime perte de substance; il divise la calotte par une incision presque linéaire et rend ainsi possible une presque complète *restitutio ad integrum* de l'incision exploratrice. Ceci n'est pas un petit avantage dans une brèche exploratrice.

C'est pourquoi je ne ferai aucune comparaison avec les instruments qui obligent à une perte notable de substance d'os, pour préparer la voie à l'appareil qui agit de l'intérieur à l'extérieur, ainsi qu'il arrive par exemple en employant les pinces craniotomes et la scie de Gigli; ce qui se produit également avec le ciseau ou la scie circulaire employés par M. Doyen dans les hémicraniectomies.

Mon craniotome agit aussi sans transmettre de fortes secousses au cerveau, et ainsi se trouve évitée la possibilité du shock, qui est parfois produit par le martèlement.

Auprès de ces instruments le craniotome a cependant d'autre part, l'inconvénient d'obliger à exécuter des brèches circulaires; cet inconvénient, toutefois, n'est pas grave dans le cas des ouvertures d'exploration de grandes dimensions, pour lesquelles cet instrument est indiqué. On peut observer aussi qu'en multipliant l'application de l'appareil en divers endroits de la calotte du crâne, il est possible de modifier à volonté la forme et la dimension de la brèche.

Pour prouver cette assertion, je présente une calotte dans laquelle fut pratiquée une brèche de grande dimension, comparable à celle de

l'hémicraniectomie (14 cm. × 8 cm.). Ceci a été obtenu en fixant l'instrument sur trois points divers de la calotte. Cette pièce que je présente, appartient à une petite fille de huit ans, qui fut opérée il y a trois ans à peu près, et qui est morte de tuberculose généralisée un an et demi après l'opération, en juillet 1899.

Le sujet avait été atteint dès son premier âge, d'une affection cérébrale inflammatoire. Cette petite fille était atteinte d'idiotie et de convulsions qui se limitaient au côté gauche du corps.

Durant l'opération des signes de leptoméningite furent constatés et la brèche fut refermée. Tout compris, l'opération ne dura pas plus d'une demi-heure, sans que je fusse dominé par la préoccupation d'agir rapidement, à tout prix. L'enfant ne perdit que peu de sang et, dix jours après, elle quittait l'hôpital avec sa blessure complètement fermée et avec la pièce de l'os bien fixée.

Son état, comme on pouvait le prévoir, resta non modifié après l'intervention opératoire.

La pièce que je présente est intéressante à plus d'un point de vue; elle montre avant tout comment l'instrument peut exécuter de grandes brèches de formes autres que la circulaire, brèches qui conviennent pour l'exploration de presque la totalité de la surface extérieure du cerveau. Elle donne en outre la preuve de ce que j'ai dit, c'est-à-dire des légères altérations produites par le craniotome une fois la réparation achevée. Les conditions de la région opérée se différencient fort peu de celles des parties intactes de la calotte. C'est ainsi que l'instrument, qui est destiné à une opération exploratrice, fonctionne d'une façon vraiment idéale, comme le démontre ce fait : la pièce du crâne qui a été mobilisée par l'opération s'est réunie au tissu osseux des bords de la brèche et s'est définitivement fixée dans sa position normale, et les petites ouvertures produites par la vrille ont presque disparu; il n'existe en aucun point d'exubérantes néo-productions osseuses qui puissent agir en comprimant et en irritant le cerveau. La relation de l'autopsie fait mention de ce fait : dans la région opérée, à l'entour du bord de la pièce, il n'existait que quelques points de faible adhérence de l'os avec la dure-mère [1]. Tout ceci prouve que cet instrument atteint le *desideratum* de la craniotomie exploratrice.

1. Des adhérences assez solides existaient par contre dans la région où la dure-mère avait été incisée pour l'exploration de la surface du cerveau. Dans l'endroit qui correspond à cette incision, la calotte montre à sa surface interne des néo-productions d'ostéophytes, qui, il est facile de le constater, ne sont pas dues à la dure-mère, mais à la calotte même. Cette observation est, peut-être, intéressante parce qu'elle donne la preuve que dans ce cas, la sur-

Le fonctionnement de l'instrument et son mode d'emploi sont des plus simples.

Le principe sur lequel est basé le fonctionnement de ce craniotome est le suivant : une petite lame d'acier, passant à plusieurs reprises toujours sur la même région de la calotte du crâne, enlève chaque fois des lamelles d'os, creuse un sillon et finit ainsi par diviser l'os dans toute son épaisseur. Le compas de Paré agit justement de cette manière. La petite lame fonctionne rapidement; à chaque reprise elle parcourt le même sillon sous une forte pression. Cette partie de l'instrument devait nécessairement être construite de façon à ne subir aucun déplacement durant son fonctionnement et à agir fortement.

La première de ces conditions a été obtenue en fixant solidement l'instrument sur le crâne au moyen d'une vis. C'est autour de cette vis que tourne circulairement le bras qui porte la petite lame tranchante.

J'ai pourvu à la seconde exigence en construisant l'instrument de façon à faire agir la main de l'opérateur en l'appliquant sur l'extrémité d'un bras de levier long de 20 cm.

L'instrument fonctionne ainsi comme un levier du 2r genre, dont le point fixe est la vis fixée sur le crâne; la puissance du levier est représentée par le point sur lequel la main est appliquée, c'est-à-dire à l'autre extrémité de l'instrument, et la résistance, par la petite lame qui creuse le sillon. De cette façon l'instrument est fixé pour agir avec toute la force voulue. Cette question a été résolue au moyen de la fixation de la vis. La propriété même de la calotte, qui en rendait l'attache difficile, c'est-à-dire sa *dureté*, a été utilisée pour donner de la stabilité à l'instrument, stabilité qui rend possible l'emploi même de cette force nécessaire pour vaincre la dureté de l'os. Plus l'os est dur et gros, plus stable est la fixation de la vis et plus grande est la force qui peut être développée par la main qui meut l'instrument. L'os même offre, par conséquent, relativement au cas spécial, les conditions voulues pour assurer le bon fonctionnement de l'appareil.

Si dans les crânes minces et mous le point fixe du levier est fixé avec une force moindre, une moindre puissance suffira donc pour assurer sa fonction, parce que celle-ci sera en rapport avec la légère résistance opposée par l'os.

La pièce que je présente, prouve que le craniotome peut fonc-

face interne de la calotte, à la suite de l'irritation traumatique produite sur cette surface par l'intervention opératoire pratiquée sur la dure-mère, a acquis la possibilité de produire du nouveau tissu osseux.

tionner aussi efficacement dans des conditions qui peuvent paraître moins propices.

En effet, l'épaisseur de la calotte de ce crâne ne dépasse pas 3 ou 4 mm. et, en outre, l'os était mou.

De plus, la vis avait été appliquée antérieurement juste au point de la soudure fronto-pariétale, c'est-à-dire dans une partie de la calotte qui doit moins bien se prêter à la fixation d'une vis, et malgré

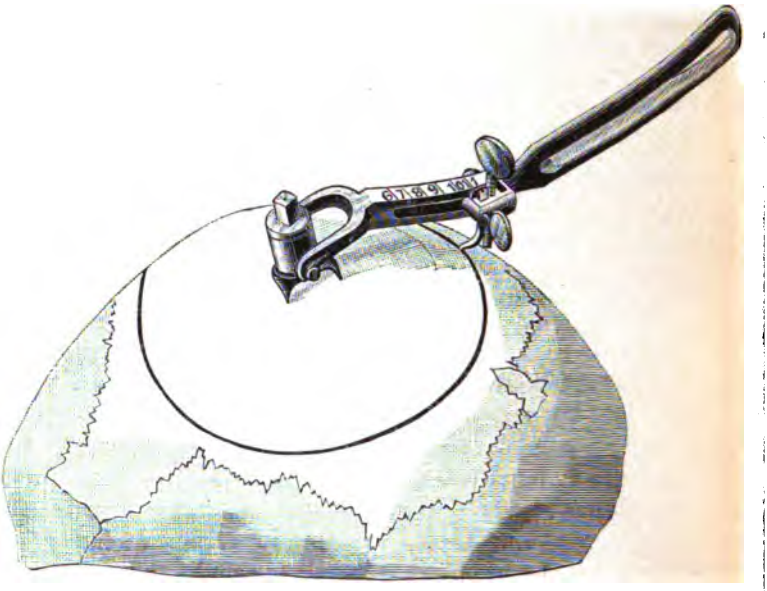


Fig. 1. — Craniotome appliqué.

cela, l'appareil a fonctionné également bien et sans aucun déplacement. (Fig. 1.)

Par conséquent le craniotome, pour faire de larges brèches, peut fonctionner sur n'importe quel crâne, qu'il soit gros ou mince, dur ou mou.

Le craniotome peut donc enlever de la calotte du crâne de larges disques d'os circulaires ou d'autres formes, et il est construit de manière à permettre au disque qu'on enlève la conservation de ses rapports avec le cuir chevelu, ce qui en assure la nutrition. C'est pour cette raison que l'application de la vis se fait à travers une petite incision des parties molles. En outre, afin que l'incision, une fois exécutée, le cuir chevelu, en se rétractant, ne laisse pas le disque osseux à découvert et ne pourvoie ainsi insuffisamment à sa nutrition, l'incision périphérique des parties molles est faite selon les préceptes dictés par M. Wagner, avec un

rayon d'un centimètre, 1 cent. 1/2 de plus que celui de la circonférence du disque osseux. Cela s'obtient par la fixation opportune d'une petite lame tranchante dans l'appareil afin d'obtenir cette incision du cuir à l'endroit voulu. Il va de soi que le système qui porte la lame pour diviser les parties molles et celle qui doit inciser l'os, peut se déplacer et se fixer sur le bras du levier.

Sur la même partie de l'appareil est posée une vis qui empêche la lame *ostéotome* de s'enfoncer dans le crâne au delà des limites voulues.

Description détaillée du craniotome.

Le craniotome se compose de deux parties distinctes : l'une qui sert à fixer solidement tout l'appareil sur le crâne, l'autre qui, tournant autour de la première, creuse un sillon dans l'os.

La première partie est formée d'une forte vis à extrémité obtuse,

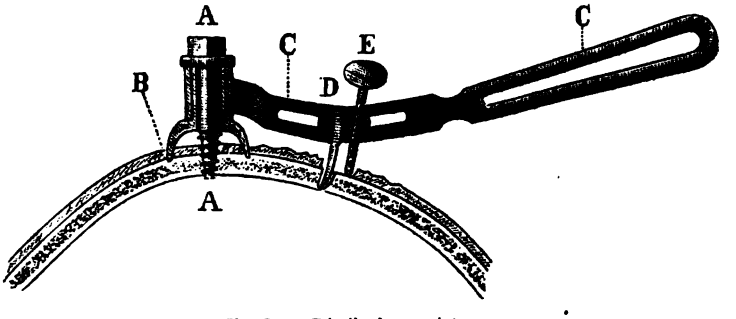


Fig. 2. — Détails du craniotome.

à large pas et à relief très prononcé, qui s'enfonce dans l'os en le perforant dans toute son épaisseur A (Fig. 2), et par une espèce de trépied B, dont les trois extrémités pointues s'enfoncent dans le crâne en traversant les parties molles et en fixant fortement la vis de façon à en empêcher tout mouvement. Autour de ce système tourne en sens horizontal un cylindre auquel se joint un bras C qui se termine par un manche. Ce manche doit être empoigné par la main de l'opérateur. Dans ce bras horizontal peut glisser et être fixé jusqu'à 6 centimètres de l'extrémité centrale une lame ostéotome qui tranche l'os.

La partie de l'instrument qui porte la petite lame de l'ostéotome a aussi une longue vis qui limite l'enfoncement de l'ostéotome dans le crâne à la longueur voulue par le chirurgien. A chaque appareil

est joint un certain nombre de lames ostéotomes, chacune d'elles devant agir sur une circonférence donnée [1].

La Figure 2 fait comprendre le mode d'action de l'instrument. Dans cette figure l'opérateur, après avoir exécuté l'incision des parties molles, exécute celle de l'os.

Mon procédé pour pratiquer une grande brèche du crâne dans le cas dont je présente la pièce pathologique, fut le suivant : avant l'opération, des lignes furent tracées sur le cuir chevelu; ces lignes correspondaient au sinus longitudinal, au sinus transversal et à l'artère temporale superficielle qui fut conservée à la base du lambeau, et ensuite furent établies les dimensions des diverses circonférences qui, en se combinant diversement, forment la figure ovale du disque osseux à enlever. Les points où le centre de l'instrument doit être fixé furent marqués en conséquence.

Opération. — Éthérisation, hémostase préventive au moyen d'un tube de caoutchouc passé à double tour autour de la base du crâne. Puis, à travers une petite incision (d'à peu près un centimètre) du cuir chevelu on fait passer une vrille avec laquelle on perfore l'os dans toute son épaisseur et, perpendiculairement à la superficie du crâne, on substitue à la vrille la vis du craniotome qu'on fixe solidement. Au moyen de la petite lame tranchante, on divise les parties molles dans la semi-circonférence que doit former l'extrémité antérieure de l'ovale de la brèche. Dès que l'os est divisé, on enlève l'instrument et, au moyen du même procédé, on tranche les parties molles et l'os du crâne dans la demi-circonférence postérieure.

Les deux extrémités supérieures des lignes d'incision des parties molles se réunissent par un trait de bistouri, ensuite en fixant l'instrument au centre, on divise le pont osseux supérieur.

Le pont osseux de la base du lambeau est affaibli en quelques coups de ciseau passé au-dessous du périoste, puis, au moyen des leviers on soulève le lambeau ostéoplastique en fracturant les parties d'os qui n'ont pas cédé au ciseau.

Après l'exploration de divers points de la superficie cérébrale au moyen d'incisions de la dure-mère parallèles aux branches principales des artères méningées, et après n'avoir trouvé que des opacités des méninges dues à de précédentes leptoméningites, on ferma de nouveau la brèche du crâne.

Pour fermer la brèche, on ne fit qu'abaisser le lambeau et passer

1. Cet appareil est construit par les frères Lollini, fabricants d'instruments de chirurgie à Bologne.

quelques points de suture au crin de Florence sur toute l'extension de l'incision des parties molles. Et le tube de caoutchouc fut enlevé après complète suture.

J'ai employé le craniotome en cinq cas différents, l'opération a toujours été rapide et facile et sans aucune complication.

L'appareil n'a produit aucune lésion ni de la dure-mère, ni des artères méningées. L'hémorrhagie a été insignifiante parce que la petite lame ostéotome produit l'hémostase des vaisseaux de l'os et le tube de caoutchouc celle des vaisseaux des parties molles. Les malades se sont réveillés sans manifester le plus léger malaise.

Il est nécessaire toutefois que celui qui emploie l'instrument évite certains inconvénients qui peuvent provenir d'une application inhabile et il doit se préoccuper principalement de l'importance absolue de la condition suivante. Pour assurer le parfait fonctionnement du craniotome, il est essentiellement indispensable que la vis soit bien fixée sur le crâne et pour y arriver, il est nécessaire d'assurer les conditions suivantes :

1° La vrille qui perfore l'os doit passer à travers toute l'épaisseur de la calotte. C'est pourquoi l'opérateur explorera à diverses reprises la perforation avec une petite sonde et il ne cessera d'employer la vrille jusqu'à ce que toute résistance osseuse ait disparu.

2° La perforation doit être perpendiculaire au plan tangentiel du crâne.

3° La vis doit être enfoncée avec force et jusqu'à ce que les branches du trépied se soient fortement fixées sur la calotte après avoir dépassé les parties molles.

Dès que l'opérateur sent la résistance caractéristique de l'enfoncement du trépied sur le crâne, il arrête l'enfoncement de la vis; alors le système est définitivement fixe et l'opérateur peut sans préoccupation inciser les parties molles et l'os.

RÉCAPITULATION.

En résumé, l'instrument que je présente est construit pour pouvoir enlever de larges pièces ostéoplastiques de la calotte du crâne et peut exécuter des brèches circulaires ovales, ou d'autres formes dérivant de la combinaison de deux ou plusieurs portions de circonférence.

Il divise les parties molles concentriquement à l'incision de l'os, mais suivant une circonférence plus large que celle qui est marquée sur le crâne par l'ostéotome.

L'incision faite sur l'os est presque linéaire et la perte de substance osseuse du crâne est minime.

Le craniotome peut être appliqué aussi bien sur les gros crânes durs que sur les calottes minces et molles : la réparation reproduit dans la région opérée les conditions anatomiques normales.

Le craniotome opère rapidement et sûrement, et sans danger de léser le contenu du crâne.

L'instrument se démonte, se transporte facilement et se prête à une soigneuse stérilisation.

Il ne nécessite aucune autre source d'énergie que celle de la main du chirurgien.

Enfin, cet instrument est d'un prix modique.

DE LA

RÉSECTION DU NERF MÉDIAN

A L'AVANT-BRAS,

RÉSECTION RENDUE NÉCESSAIRE PAR LA PRÉSENCE D'UN LIPOME DISSOCIANT DE CE NERF

PAR MM.

Maurice PÉRAIRE et **F. MALLY**

Ancien interne des hôpitaux de Paris, Ex-Assistant de Consultation chirurgicale.

Professeur à l'École de Médecine de Clermont-Ferrand.

Nous avons eu à opérer à l'hôpital Bichat une tumeur du nerf médian dont l'intérêt clinique nous a paru considérable. Comme cette tumeur englobait ce nerf à l'avant-bras dans toute son étendue, nous avons dû réséquer le plus haut possible le nerf médian. Nous avouons humblement qu'un instant, après le premier coup de bistouri donné, nous avons été hésitants, n'osant poursuivre notre opération; car nous nous demandions quel serait l'avenir du bras de notre malade au point de vue fonctionnel. Nous avons alors pensé qu'une suppléance se ferait peut-être par les filets du nerf cubital, et que les troubles consécutifs seraient moins considérables que ceux présentement accusés par la malade.

Bien nous en a pris. Les suites de notre intervention ont été, en effet, des plus favorables.

Nous avons alors recherché si les auteurs avaient rapporté dans leurs écrits des tumeurs comparables à la nôtre. Nous n'en avons trouvé ni en France, ni à l'étranger. On parle bien de fibromes, de sarcomes, de myxomes, de carcinomes et d'épithéliomes des nerfs; mais de lipome amenant une dissociation aussi complète du nerf médian, il n'en est fait mention nulle part. Au point de vue opératoire, ainsi que nous le verrons dans l'exposé de l'histoire de notre malade, nous n'avions certainement pas le choix entre l'extirpation

du lipome, en épargnant le médian, et l'extirpation simultanée du nerf et de la tumeur. Celle-ci faisait tellement corps avec le médian, que le sacrifice de ce nerf était inévitable.

D'ailleurs ce n'est pas la première fois que ce sacrifice a été jugé indispensable. En parcourant l'ouvrage de E. Létiévant[1], nous voyons qu'en 1838, Lenoir a montré à la Société anatomique de Paris un névrome axillaire du médian, de la grosseur d'un œuf de pigeon.

La tumeur avait été extirpée avec le nerf, et il n'y avait aucun changement dans la sensibilité et la motilité de la main (discussion de la Société de Chirurgie, 1864). Dans le même traité, nous trouvons un cas rapporté par Alexander[2].

Il s'agissait d'un névrome du volume d'un petit melon, siégeant sur le médian, au bras, et qui fut réséqué, ainsi qu'une partie du nerf, par Dubois, sans autres détails. Deux autres cas sont aussi signalés, l'un de résection du médian avec extirpation d'un névrome de ce nerf, à l'avant-bras, par Arronsohn, et l'autre de résection du médian à l'avant-bras pratiquée par Bonnet, pour trois névromes de ce nerf. Mais ces deux derniers cas se terminèrent par la mort et cela par accidents septiques. Sans aucun doute ces accidents auraient pu être évités, car ils résultèrent d'une faute commise par le chirurgien; mais à cette époque d'absence d'antisepsie, Bonnet n'était-il pas très excusable?

Évidemment l'idéal, après l'extirpation de la tumeur, serait de faire la suture nerveuse, pour sauver une partie des voies naturelles de transmission nerveuse. C'est pour atteindre ce résultat que A. Nélaton[3], dans un cas de névrome du médian (le 24 avril 1863), fit le rapprochement bout à bout des deux extrémités de ce nerf, jusqu'à l'affrontement exact de leur surface de section, après extirpation de la tumeur.

Le septième jour, la malade pouvait exécuter facilement et rapidement des mouvements de flexion des trois doigts auxquels se distribue le médian, et, de plus, faire opposer le pouce avec l'index et le médius. Il est même dit que M. Houel revit la malade un an après; elle était en pleine possession de tous les mouvements de la main et des doigts.

On pourrait encore procéder par dédoublement et, après avoir taillé une sorte de lambeau pris sur le nerf lui-même, ramener

1. Létiévant. *Traité des sections nerveuses*, Paris, 1873, p. 402.
2. Alexander. *Résection du médian pour un névrome*. Dissertat. chirurgic. *De tumoribus nervorum*.
3. E. Létiévant, *loc. cit.*, p. 407.

cette languette nerveuse vers l'extrémité inférieure du nerf de façon à en faire la suture (greffe autoplastique). Mais pouvions-nous songer à pratiquer cette suture dans notre cas? Évidemment non, attendu que la perte de substance du nerf était beaucoup trop considérable. Peut être aurions-nous pu encore emprunter à un animal (greffe hétéroplastique) un tronçon de nerf et l'interposer entre les deux extrémités nerveuses. Mais il est bien démontré aujourd'hui que le segment transplanté dégénère et se sclérose, et qu'il ne remplit d'autre rôle que celui d'un corps inerte.

Nous avons pensé qu'en abandonnant les extrémités nerveuses à elles-mêmes, les troubles fonctionnels du bras et de la main ne seraient peut-être pas aussi redoutables qu'on pouvait le craindre, que les suppléances nerveuses pourraient intervenir pour en amoindrir les effets, et que la régénération du tronc nerveux pourrait s'obtenir de cette manière. Les suites immédiates de notre intervention nous ont donné raison.

Voici notre observation :

Mme Marie Maud..., âgée de vingt-trois ans, couturière, se présente à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat le 14 novembre 1898. Elle est envoyée par un de nos amis, le Dr Raimondi.

Elle porte sur la face antérieure de l'avant-bras gauche une tumeur mollasse nettement limitée, superficielle, légèrement fluctuante, piriforme, et donnant l'impression d'un volumineux *kyste synovial*. Dans les mouvements de flexion et l'extension du poignet et des doigts, la tumeur semble suivre les mouvements des tendons fléchisseurs. On perçoit en même temps un bruit de chaînon, qui fait penser à l'existence de grains riziformes.

La tumeur a pour limite supérieure approximativement un peu plus de la partie moyenne de l'avant-bras. Inférieurement, elle se continue dans la région palmaire sur une étendue de trois centimètres en soulevant la peau de cette région.

Il est facile de se rendre compte que la fluctuation que présente la tumeur n'est qu'apparente, et qu'il est impossible de faire refluer le liquide qu'elle paraît contenir, de la main vers l'avant-bras, et réciproquement de l'avant-bras vers la main.

Mme M... s'est aperçue de l'existence de cette tumeur vers l'âge de sept ans. A cette époque, la tumeur était du volume d'une petit noisette. Pensant la faire dissoudre, et obéissant aux conseils de ses voisines, elle fit sur la tumeur des frictions avec de l'eau blanche; mais ces frictions n'amenèrent aucun résultat. A ce moment, elle ne ressentait aucune douleur.

Peu à peu la tumeur a grossi. Des douleurs spontanées se sont produites surtout depuis deux ans, nuit et jour, et principalement la nuit.

Primitivement, les douleurs n'existaient qu'au poignet; peu à peu elles

ont envahi l'aisselle gauche, l'avant-bras et les doigts. Ces douleurs paraissent surtout s'irradier dans la sphère du nerf médian.

A aucun moment, la pression sur ce nerf n'a été douloureuse. La malade ne présente aucune perte de la sensibilité tactile au niveau de l'avant-bras, du poignet, de la main et des doigts; tous les mouvements sont aussi conservés dans la main et les doigts.

Rien à signaler de bien important comme antécédents personnels. Rougeole dans l'enfance, et convulsions à l'âge de trois ans, à la suite desquelles elle a conservé de la claudication. Elle a toujours été fortement anémique et a eu des accès de fièvre intermittente. Rien à signaler comme antécédents héréditaires. Parents actuellement en très bonne santé et deux sœurs se portant aussi très bien.

On applique un pansement humide sur la tumeur de l'avant-bras, pansement préalable avant l'intervention.

Le 15, opération après anesthésie locale à la cocaïne. Une longue inci-

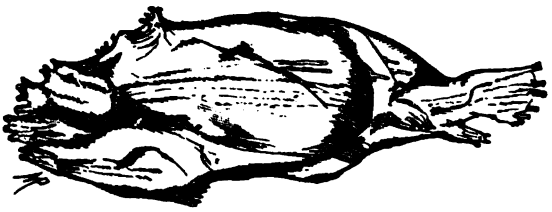


Fig. 1. — Lipome dissociant du nerf médian.

sion faite à la face antérieure du poignet et remontant en droite ligne sur la portion médiane de l'avant-bras, met à nu une tumeur molle, jaunâtre, d'aspect graisseux, mais lisse à sa surface et sans aucune espèce de lobulation.

Cette tumeur est fusiforme, elle est absolument indépendante des tendons du fléchisseur profond, du fléchisseur sublime, du petit et du grand palmaire. Elle se termine à ses deux pôles par un pédicule dont l'inférieur paraît s'enfoncer dans l'articulation radio-carpienne, pour reparaître ensuite sous la face palmaire de la main.

Le pôle supérieur paraît aller sous l'expansion aponévrotique du biceps, en s'amincissant, en forme de tendon solide du volume du petit doigt.

A chacune de ses extrémités, la tumeur présente des prolongements, longs de 1 à 3 centimètres environ, terminés par des franges donnant à peu près l'aspect de tubes nerveux. On compte de 17 à 18 franges environ à chaque extrémité de la tumeur.

Après section des deux pédicules de la tumeur le plus près possible de leurs insertions au poignet et au coude, la surface opératoire est suturée, drainée et recouverte d'un pansement stérilisé légèrement compressif. Le bras est maintenu en écharpe.

Au moment de la section supérieure de la tumeur, la malade se plaint que sa main est subitement engourdie et comme paralysée, mais les mouvements que nous lui commandons d'exécuter au poignet et aux doigts sont

possibles, quoique peu étendus. L'opposition seule du pouce à l'index et au médius ne peut se faire.

La sensibilité nerveuse persiste au niveau du territoire du médian, du cubital et du radial.

Il en est de même de l'exploration au chaud et au froid.

Le lendemain, la malade se plaint d'avoir souffert et de n'avoir pu dormir. La température est à 38°.

Nous défaisons le pansement qui est souillé par une très faible quantité d'écoulement séreux. Aucun gonflement ni de la main, ni de l'avant-bras. L'opposition du pouce à l'index et au médius ne peut se faire. Il y a de la perte de la sensibilité à la partie interne de l'index et externe du médius.

En dedans du pouce, la sensibilité à la piqûre est aussi très obtuse.

Même pansement avec de la gaze aseptique.

Le 21 novembre tout est pour le mieux. Il n'existe aucune douleur. La sensibilité est toujours obtuse à la partie interne du pouce et de l'index, et à la partie externe du médius. Les mouvements des doigts et du poignet se font bien. Les mouvements d'opposition du pouce commencent à s'effectuer.

Le pansement est changé. Un drain d'un calibre inferieur au premier est mis à la place de celui-ci. On enlève une partie des points de suture. La malade a eu 37° de température depuis le second pansement. Bras toujours en écharpe.

Le 28 novembre, on supprime les derniers points de suture; la guérison est complète. Le drain est tombé de lui-même. Par simple précaution, on applique un pansement au lint et à la vaseline. Les mouvements du pouce, de l'index et du médius s'effectuent, mais avec une certaine paresse.

Le malade se plaint de sensations de froid dans l'avant-bras et la main. Ces sensations de froid persistent les jours suivants et obligent la malade à conserver un pansement ouaté.

Le 1er décembre, nous faisons l'examen électrique de l'avant-bras et de la main opérés; cet examen nous fournit les données suivantes :

Nerf médian, bord interne du biceps :

Courant galvanique.

A droite.	*A gauche.*
Kfs. 4 milliampères.	*Idem.* Contraction lente dans l'éminence thénar.

Courant faradique.

A droite.	*A gauche.*
Kfs, 10 centimètres.	8 centimètres.
Excitabilité directe.	Inexcitabilité.
Grand palmaire, 9 centimètres.	
Fléchisseur superficiel, 10 centimètres.	7 centimètres.
Fléchisseur propre du pouce, 9 cent.	Inexcitabilité.
Rond pronateur, 8 cent. 1/2.	8 centimètres.
Court abducteur du pouce, 8 cent. 1/2.	Inexcitabilité au courant maximum.
Opposant du pouce, 8 cent.	Inexcitabilité.
Court fléchisseur, *idem.*	Inexcitabilité.

Courant galvanique.

Nerf médian au poignet.

A droite.	*A gauche.*
Kfs. 5 milliampères.	Inexcitabilité.
Court abducteur du pouce.	3 milliampères.
Kfs. 4 milliampères.	Kfs. <anfs.
Opposant :	
4 milliampères.	Kfs. <anfs. 3 milliampères.
Court fléchisseur du pouce.	ante 7 milliampères.
Idem.	*Idem.*

Le 7 *décembre* 1898. — Dans la zone du médian gauche, à la main, on constate une bande d'anesthésie large de 3 centimètres, commençant à la partie moyenne du 1er métacarpien, remontant sur les deux premiers doigts (index et médius) dont la face interne seule est anesthésiée complètement, ainsi que les extrémités correspondantes aux deux dernières phalanges.

Lorsque la malade essaie de fermer la main, les deux derniers doigts (petit doigt et annulaire) se fléchissent légèrement.

Les mouvements d'opposition du pouce sont à peu près nuls, de même que ceux d'abduction. Les mouvements d'adduction du pouce sont conservés.

A droite. — 20 kilos au dyanomètre.

A gauche. — Rien.

Les jours suivants, rien de particulier à noter.

Le 23, l'excitation galvanique du médian est diminuée.

Le 28, la contractilité faradique est très nette dans l'opposant avec 5 centimètres. La contractilité galvanique est la même que les jours précédents.

Le 23 *janvier* 1899, Mme M... vient nous revoir. L'état fonctionnel de l'avant-bras et de la main est parfait. Aussi, très heureuse du résultat, elle quitte Paris et retourne à Mantes chez son père. Ce n'est donc qu'à des intervalles très éloignés que nous la revoyons dans le courant de l'année.

Nous avons l'occasion de recevoir sa visite le 19 octobre 1899. L'état fonctionnel de la main est toujours parfait. Seulement elle se plaint d'avoir une sensation d'engourdissement à l'index, au médius et à l'extrémité du pouce; en même temps elle a des sensations de fourmillement à l'extrémité de ces doigts; mais ces sensations sont fugitives, et ne se produisent qu'après un travail de couture de deux heures.

Elle se plaint d'avoir aussi une sensation de refroidissement du médius, de l'index, et du pouce lorsqu'elle trempe sa main dans l'eau; en les sortant de l'eau, ils lui paraissent plus lourds, plus raides, plus difficiles à mouvoir.

En frottant sur l'avant-bras à gauche de la cicatrice, on détermine des picotements dans l'extrémité de ces doigts.

La sensibilité tactile persiste à l'avant-bras (face dorsale et face palmaire). A la piqûre, les régions thénar et hypothénar sont presque complètement insensibles.

Médius face palmaire. Sensibilité à la région palmaire et dorsale phalangienne. Insensibilité à partir du pli articulaire phalango-phalanginien, et sur toute la zone phalangettienne (face palmaire et dorsale).

Index. Sensibilité dans l'intervalle articulaire métacarpo-phalangien (face dorsale et palmaire), insensibilité dans toute la région phalangienne et dans toute la région phalangettienne (face palmaire et dorsale).

Pouce. Sensibilité dans tout le pouce, excepté au niveau de sa face interne.

La plus légère piqûre amène dans ces trois doigts une abondante effusion sanguine. Il n'en est pas de même pour les autres doigts.

On constate par le froid et la chaleur les mêmes sensations que celles déterminées par la piqûre.

Il se forme fréquemment depuis le mois de mai 1899, sur la face palmaire du médius et de l'index, et en particulier en dehors de cette face palmaire, des phlyctènes, comparables, au dire de la malade, à celles d'une brûlure, assez volumineuses (volume d'une grosse noisette), remplies d'un liquide blanchâtre et gluant. La malade éprouve alors la sensation du doigt mort; elle perce ces phlyctènes; le liquide se reproduit tout de suite: au bout de deux jours, la phlyctène se dessèche et la guérison se produit. Aujourd'hui 19 septembre 1899, on remarque sur la face palmaire de l'index le reliquat d'une de ces phlyctènes. La peau de toute la moitié externe de la pulpe de l'index est épaissie, d'un rouge brunâtre, craquelée à certains endroits, racornie à d'autres. Cette peau a une tendance à se desquamer. Au-dessous des points desquamés, qui ont laissé comme une sorte de cupule, on voit le derme à nu, rosé et paraissant sain.

Le 27 *octobre* 1899, la malade ressentant des douleurs dans l'avant-bras, surtout après s'être fatiguée, entre en observation à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur F. Terrier. Nous constatons que cette douleur est surtout violente, si nous pressons sur l'avant-bras, à l'extrémité supérieure de la cicatrice. Cette pression détermine en même temps des fourmillements dans les doigts, dans la zone du nerf médian plus particulièrement.

Pensant qu'il existe là soit un petit névrome, soit une adhérence du moignon supérieur du nerf médian à la cicatrice cutanée, nous proposons à la malade de la réopérer. Elle accepte, et le 21 novembre 1899, avec l'aide de notre externe et ami, M. Magitot, nous incisons largement la cicatrice cutanée et nous prolongeons notre incision un peu plus haut que celle-ci. M. Arloing, externe, donne le chloroforme. Nous trouvons alors l'extrémité supérieure du nerf médian se prolongeant par une sorte de tissu scléreux, formant languette adhérente aux tissus sous-jacents. Le moignon restant du nerf médian est du volume du pouce. Nous en réséquons un centimètre et demi environ, puis nous drainons et nous suturons la plaie avec des crins de Florence. Pansement stérilisé.

Le 29 *novembre*, le pansement est refait, le drain est supprimé. Les mouvements des doigts s'exécutent bien; plus de douleurs, ni spontanées, ni provoquées.

Le 6 *décembre*, M. Terrier ayant changé de service, la malade vient elle

même se faire panser à l'hôpital de la Pitié. Les sutures sont enlevées. La guérison est parfaite.

Examen macroscopique de la tumeur. — La tumeur enlevée présente une longueur de 9 centimètres 1/2 et une largeur de 4 centimètres. Elle est en forme de fuseau, inégale, légèrement bosselée, présentant son extrémité supérieure allongée, comme tendineuse.

Il en est de même de la partie inférieure de la tumeur. Les mêmes prolongements parallèles se montrent en grand nombre. On peut en compter de 17 à 18, aussi bien supérieurement qu'inférieurement.

La tumeur est jaunâtre à peu près sur toute son étendue, avec des îlots rosés par places. Les prolongements parallèles tranchent seuls par leur coloration bleuâtre sur le fond jaune et rosé de la tumeur. La consistance est presque uniformément mollasse, à l'exception des prolongements parallèles, qui sont souples, quoique résistants au toucher.

Examen microscopique. — L'examen histologique de la tumeur a été fait par MM. Mignot et Lecène. Les coupes ont porté spécialement aux extrémités de celle-ci, afin de ne pas l'altérer.

Sur les coupes, on voit des nerfs dont le périnèvre est épaissi et qui sont séparés les uns des autres par du tissu cellulaire infiltré de graisse. La constitution des faisceaux nerveux est normale, et les filets nerveux eux-mêmes ne présentent rien de particulier. La pièce ressemble exactement à un gros nerf dont les faiceaux auraient été dissociés par une prolifération de tissu conjonctif infiltré de cellules adipeuses.

M. René Meslay a bien voulu, lui aussi, faire des coupes de la tumeur et les examiner. Voici le résultat de son examen :

Technique. — Fixation au Müller. Inclusion à la celloïdine. Coloration à l'hématoxyline-éosine. Montage au baume.

Les coupes portent sur deux points différents de la pièce : l'une siège sur la partie moyenne de la tumeur et en comprend exactement la moitié; l'autre porte à égale distance de ce milieu et de l'une des extrémités.

Sur ces deux séries de coupes, les figures sont d'ailleurs exactement semblables : on voit avec un grossissement moyen (obj. 4 et oc. 2 de Dumagis), une capsule fibreuse à la périphérie qui détache vers le centre des prolongements allant sectionner la tranche de coupe en lobes et lobules; ces travées contiennent quelques petits vaisseaux à parois musculaires. Entre ces travées, tout l'espace est occupé par des vésicules adipeuses de forme polygonale: ces vésicules sont vides, étant donné la technique (passage par l'alcool, l'alcool-éther). Éparpillés dans les préparations, se trouvent de nombreux trousseaux nerveux qui se distinguent même à l'œil nu. (Fig. 2.) Lorsqu'on examine avec un grossissement plus fort (obj. 6), on voit que les gaines lamelleuses de ces nerfs sont considérablement épaissies; elles sont constituées par des cercles concentriques de fibres connectives séparées par des cellules à noyaux aplatis et allongés,

Fig. 2. — Coupe de la tumeur.

mais le nombre de ces gaines superposées est manifestement augmenté. De plus, par places, on distingue de petits îlots de cellules inflammatoires, rondes, embryonnaires. De ces gaines partent des prolongements qui s'en vont dissocier les faisceaux nerveux; dans ce tissu conjonctif intrafasciculaire, on ne trouve plus de vésicules adipeuses; il s'agit de fibres conjonctives extrêmement denses qui encerclent et resserrent les faisceaux nerveux et exagèrent cette apparence fasciculée normale. Dans ce tissu conjonctif dense, on aperçoit quelques cellules allongées de nature conjonctive, de petits vaisseaux à parois fibreuses, entourés pour la plupart de nodules inflammatoires. Au centre de ces faisceaux conjonctifs se montrent les fibres nerveuses resserrées, pressées les unes contre les autres. Le cylindre-axe a une belle coloration à l'hématoxyline et la gaine de myéline se distingue bien autour de chacun.

En résumé, les coupes montrent qu'il s'agit d'un *lipome ayant dissocié le nerf*. Quant à ce dernier, il est manifeste qu'il existe un épaississement et une sclérose de sa charpente conjonctive; cette sclérose exagère la disposition fasciculée du nerf; elle s'arrête autour de ses faisceaux et ne les pénètre pas, se contentant de les isoler et de les encercler en les comprimant. Par places, cette sclérose s'accompagne d'une réaction inflammatoire sous forme d'îlots embryonnaires interstitiels.

En définitive, une jeune femme de vingt-trois ans présentait depuis l'âge de sept ans une tumeur de la face antérieure de l'avant-bras qui fut toujours considérée comme un kyste synovial.

L'ablation de cette tumeur faite le 15 novembre 1898, et l'examen histologique firent reconnaître qu'il s'agissait *d'un lipome diffus du nerf médian*. Ce nerf fut donc extirpé en totalité sur une longueur de 8 centimètres.

Avant l'opération les troubles fonctionnels étaient peu importants : ils consistaient surtout en une faiblesse générale de la main, mais sans paralysie, et en douleurs provoquées par le travail, engourdissement des trois premiers doigts, et irradiations douloureuses dans l'avant-bras et le bras, sans troubles de sensibilité cutanée; la malade, couturière de son état, était donc fort gênée dans son travail.

Après l'opération, les troubles fonctionnels furent certainement moins graves qu'on pouvait le supposer. La malade conserva tous les mouvements des doigts et put reprendre ses travaux de couture avec plus de facilité qu'auparavant.

Ce résultat parfaitement authentique, puisque nous avons pu suivre la malade pendant près de six mois, cessera de paraître anormal si l'on veut bien analyser les faits avec une certaine rigueur.

Pour ce qui est des muscles de l'avant-bras, leur conservation intégrale ne doit pas nous étonner, si l'on veut bien se rappeler que

les branches terminales du médian se divisent et abandonnent le tronc principal très haut, à quelques centimètres au-dessous de l'expansion aponévrotique du biceps. La résection opératoire du nerf a donc certainement épargné : le *rameau du grand pronateur*, les *rameaux musculaires antérieurs* (rond pronateur, grand et petit palmaire, et fléchisseur sublime), les *rameaux musculaires postérieurs* (long fléchisseur propre du pouce, fléchisseur profond des doigts), et le *rameau du carré pronateur*. La conservation complète des mouvements de flexion des deux dernières phalanges des doigts, des mouvements de flexion, d'adduction, de rotation du poignet s'explique par la conservation des branches terminales supérieures du médian; les phénomènes de névrite ascendante consécutifs à la section aseptique d'un nerf sont, en effet, exceptionnels et l'on sait que la névrite ascendante intéresse surtout les fibres sensitives. Les fibres motrices réagissent très exceptionnellement et lorsque des troubles paralytiques se manifestent dans ces conditions et par suite de ce mécanisme, il y a tout lieu de supposer que la participation de la moelle et des zones motrices antérieures est nécessaire. Ce n'est évidemment pas le cas ici.

Mais au-dessous du poignet, le nerf médian anime plusieurs muscles fort importants et dont la paralysie systématique occasionne d'habitude une impotence fonctionnelle des plus fâcheuses. Ce sont : le court abducteur du pouce l'opposant, le court fléchisseur, et les deux premiers lombricaux. La paralysie absolue de ces muscles produit une attitude spéciale des trois premiers, qui est la griffe médiane. Le premier métacarpien est rejeté sur le plan des quatre autres, les deux dernières phalanges de l'index et du médius ne peuvent être étendues, et la première phalange de ces deux doigts ne peut être fléchie sur la paume de la main. Les mouvements d'opposition du pouce sont abolis ainsi que les mouvements d'abduction, en un mot les fonctions délicates de la main sont ruinées, celle-ci ne peut-être utilisée alors que pour des fonctions rudimentaires de préhension.

Nous avons vu que notre opérée est loin de présenter une telle impotence fonctionnelle. L'exploration électrique va nous permettre de jeter un peu de lumière dans cette question. En effet, nous trouvons deux muscles seulement paralysés et présentant la réaction de dégénérescence complète; ce sont : l'opposant du pouce et le court abducteur. Le malade a conservé le fonctionnement parfait du court fléchisseur du pouce et des deux lombricaux; ces trois muscles obéissent à l'action de la volonté, et sont parfaitement excitables électriquement, mais il y a plus : le court fléchisseur du pouce se

contracte lorsque l'on excite le nerf cubital au niveau de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet; la contraction des lombricaux ne peut être mise en évidence chez cette malade, mais il est probable qu'ils sont dans le même cas.

Voici donc un premier point établi : les deux premiers lombricaux et le court fléchisseur du pouce chez notre malade sont innervés par le cubital. Il reste un point délicat à élucider : cette innervation est-elle une anomalie physiologique ou bien est-elle le résultat d'une suppléance fonctionnelle qui se serait établie après l'opération? La question vaudrait la peine d'être élucidée, car elle est des plus intéressantes. Jusqu'ici en effet, si la suppléance nerveuse a pu être admise par le mécanisme de la récurrence, ce n'est que dans le domaine sensitif que le fait paraît être démontré; tandis que pour la motricité, nous croyons que la question est encore fort controversée.

Toujours est-il qu'un mois après l'opération, alors que la cicatrisation de la plaie permettait de pratiquer complètement l'exploration électrique, le court fléchisseur du pouce se montrait excitable directement et indirectement par l'excitation du nerf cubital; tandis que l'opposant et le court abducteur restaient paralysés, et présentaient toutes les phases successives des variations d'excitabilité électrique qui sont de règle en pareil cas.

Voici l'explication qui nous paraît la plus pausible. Chez cette malade les deux derniers lombricaux et le court fléchisseur du pouce étaient innervés à la fois par le cubital et par le médian. Ce dernier nerf, insuffisant depuis longtemps, était suppléé dans ses fonctions motrices par le cubital. Lors de son ablation totale, il ne s'ensuivit que des troubles passagers, et les muscles en question ont récupéré rapidement et complètement toutes leurs fonctions.

L'opposant et le court abducteur qui ne sont jamais innervés que par le médian, ont subi la dégénérescence wallérienne, ainsi que le veut la loi très générale de Waller.

Ainsi se trouve expliqué du même coup pourquoi l'impotence fonctionnelle a été et demeure si légère : en effet, le court fléchisseur du pouce accomplit une certaine partie des mouvements d'opposition de ce doigt; il permet d'opposer la pulpe du pouce à celle des autres doigts à condition de ne pas porter le pouce directement en avant; en un mot la pulpe du pouce peut suivre et parcourir la paume de la main, et surtout peut s'opposer vigoureusement à la pulpe de l'index demi-fléchi, mouvement précieux et indispensable à une couturière.

La sensibilité a été suppléée encore plus manifestement. En effet aujourd'hui. c'est-à-dire dix-neuf mois environ après la première

opération, il ne reste plus qu'une zone d'anesthésie très limitée au centre de la pulpe de l'index. La face palmaire de l'index présente une sensibilité d'ensemble un peu émoussée, mais le malade y perçoit la piqûre d'une épingle, distingue le chaud du froid, le sec du mouillé, ainsi que dans la paume de la main, le pouce et le médius; elle n'accuse dans cette région ni douleurs, ni fourmillements, ni sensations anormales.

En résumé, la question des suppléances nerveuses motrices nous semble encore aujourd'hui très peu avancée. Sans l'exploration électrique qui joue ici un rôle péremptoire, il est facile de s'abuser sur l'évaluation des impotences fonctionnelles; le cas que nous venons de rapporter nous paraît être une preuve éclatante de cette proposition. Aussi les cas pourtant si exactement décrits dans le traité de E. Létiévant[1] doivent être accueillis avec une certaine réserve, au moins dans leur interprétation.

Quand à la tumeur du médian elle-même, elle nous a paru d'un intérêt suffisamment grand pour que nous insistions longuement sur son évolution, les lipomes des nerfs ou des centres nerveux, étant considérés par les classiques comme des cas tout à fait exceptionnels[2].

1. E. Létiévant, *loc. cit.*
2. S. Duplay et P. Reclus, *Traité de chirurgie*, t. I, MD.CCCXC, p. 432.

L'OPÉRATION DE PHELPS

POUR LA CURE DES HERNIES

ET LA FERMETURE DES PLAIES DE L'ABDOMEN

AU MOYEN D'UN SURJET AU FIL D'ARGENT FIN AVEC RENFORCEMENT DE LA PAROI AU MOYEN DE L'ENFOUISSEMENT DE FILIGRANES D'ARGENT, AINSI QUE L'APPLICATION DE CETTE MÉTHODE AUX PLAIES DU CRANE ET A LA RÉPARATION DES PLAIES DES MUSCLES [1].

Par A.-M. PHELPS (de New-York). M. D. M. A.

Professeur de chirurgie à la Faculté de Médecine de l'Université de Vermont, etc.

En 1892, j'acquis la conviction que la cause des récidives de hernie après opération et de la fréquence des hernies après les opérations abdominales résidait dans la distension de la cicatrice post-opératoire. Je savais parfaitement que depuis plus de cent ans les chirurgiens faisaient usage du fil d'argent dans diverses opérations chirurgicales; qu'on l'avait employé pour suturer des fractures, et que Marion Sims l'avait introduit dans la pratique gynécologique il y a plus de quarante ans; d'autres opérateurs avaient fait de même. Mes observations cliniques me convainquirent également que la raison pour laquelle le fil d'argent employé suivant la méthode de nos maîtres donnait souvent des ennuis nécessitant son ablation ultérieure, résidait dans un emploi défectueux.

Ces deux idées s'imposèrent à moi et m'amenèrent à des recherches très minutieuses qui eurent pour conséquence des expériences multiples à l'hôpital municipal de New-York en 1892 et 93. Les résultats de ces recherches sur les hernies furent présentés à l'Académie de Médecine de New-York en avril 1894 et publiés dans le *Journal médical de l'État de New-York* au mois de septembre de la même année. Depuis j'ai fait plusieurs communications sur ce sujet devant cette même Société ainsi que devant la Société médicale de l'État de New-York.

1. Lu devant la section de Chirurgie du XIIIe Congrès international de Médecine, tenu à Paris pendant le mois d'août 1900 (traduction par M. le docteur Winchester Du Bouchet, d'Odessa).

Depuis 1892 nous avons opéré 216 cas de hernie; 46 étaient des Bassini récidivés et 51 des récidives à la suite d'autres opérations, principalement celle de Mac Burney; depuis cette même époque j'ai fermé toutes les plaies de l'abdomen avec des fils d'argent et j'ai consolidé les parois en suivant une méthode originale, autant que je sache, après avoir pris connaissance de la littérature sur ce sujet.

C'est un fait clinique bien connu que le tissu cicatriciel se distend; que la plaie se réunisse par première intention ou non, toujours il y a formation d'une certaine quantité de tissu cicatriciel dont la distension amène les hernies qui suivent les opérations abdominales. Pour l'éviter, je fais un surjet avec un fil d'argent fin qui devient et reste enkysté durant la vie naturelle de l'opéré. Dans les parois abdominales extrêmement minces j'introduis de plus un réticulum en argent, comme un petit matelas qui recouvre le fascia transversalis, en arrière de toutes les couches musculaires de la paroi abdominale. Ce fil d'argent s'enkyste dans le tissu de granulation, empêchant une distension ultérieure. Autant que je sache, le fil d'argent a toujours été employé comme suture interrompue, par crainte qu'il ne cause des accidents et pour qu'on puisse l'enlever ultérieurement. Si l'on emploie ce fil en surjet, il s'enkyste toujours et ne cause jamais aucun trouble.

J'appliquai cette idée à la cure opératoire des hernies et consolidai le canal inguinal par un réticulum de fil d'argent, recousant les couches musculaires par dessus, oblitérant le canal inguinal, faisant passer le cordon sous la peau, et sectionnant le tendon du grand oblique à sa sortie pour éviter son étranglement.

Les récidives se produisent à l'anneau interne dans les hernies obliques, à l'anneau externe dans les autres. Une des erreurs très fréquentes, commises par les opérateurs, consiste à lier le sac. Fréquemment (j'ai pu le vérifier à l'autopsie) après une ligature du sac il se produit une rétraction du péritoine et du fascia transversalis laissant une large surface — variant de trois quarts de pouce à deux pouces de diamètre — qui n'est pas recouverte par le tissu fibreux et le soutien naturel de la paroi abdominale.

Donc, pour obvier à cet accident, je résèque le sac et termine l'opération exactement comme n'importe quelle autre opération abdominale, fermant le péritoine et le fascia transversalis avec un surjet au fil d'argent, ainsi que le représentent les fig. 1, 2, 3 et 4. Je place un coussinet de fil d'argent par dessus le fascia transversalis et je suture par dessus le plan profond des muscles abdominaux au moyen d'un surjet au fil d'argent fin. Un petit drain en verre est placé jusqu'au contact du coussinet en fil d'argent. Si l'orifice her-

niaire à boucher est large et que la paroi abdominale soit très amincie, un second coussinet en argent est placé entre la couche profonde et la couche superficielle des muscles de la paroi, qui sont suturés par dessus (Fig. 2). Le cordon sort du canal inguinal en dessous et en dehors de son orifice interne; on fait aux ciseaux une encoche dans le tendon du grand oblique pour éviter l'étranglement, et le cordon se trouve en définitive placé immédiatement sous la peau dans son trajet vers le scrotum. (Fig. 3.)

Mon travail, communiqué en 1894 à l'Académie de Médecine de

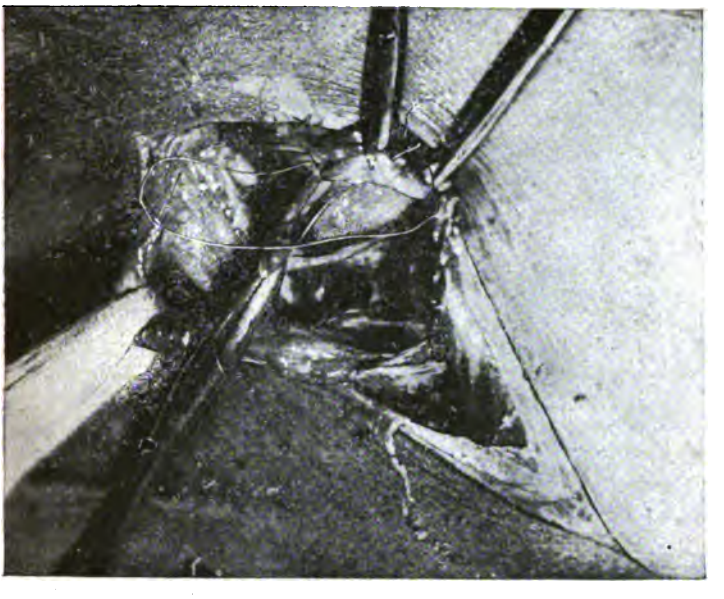


FIG. 1. — Collet du sac après son excision; un surjet de fil d'argent le ferme comme après n'importe quelle laparotomie. Le cordon est écarté au moyen d'une bande de gaze.

New-York, n'était qu'une note préliminaire donnant les résultats de mes opérations en 1892. Avant d'adopter les détails que je viens de mentionner et bien d'autres que j'ai abandonnés depuis comme inutiles, ne voulant pas présenter aux chirurgiens une méthode opératoire des hernies qui soit incomplète, j'ai différé toute communication sur ce sujet jusqu'à ce qu'une expérience plus mûre et des centaines d'opérations pussent vérifier toute affirmation faite par moi.

Aujourd'hui je puis inviter mes collègues à adopter l'opération ici décrite pour toute espèce de hernie et dans le but d'éviter l'éventration à la suite de n'importe quelle opération abdominale. Les opérations que j'ai faites pour des cas de récidive à la suite du

Bassini sont ou devraient être d'un grand intérêt pour mes collègues. Les opérations primitives avaient été faites dans nos meilleurs hôpitaux et dans la clientèle privée, par les meilleurs chirurgiens des États-Unis et je prédis que le jour n'est pas loin où l'opération de Bassini et toutes les autres seront abandonnées par tous les opérateurs pour celle que je propose ici.

Il est très important pour le chirurgien, dans la pratique privée,

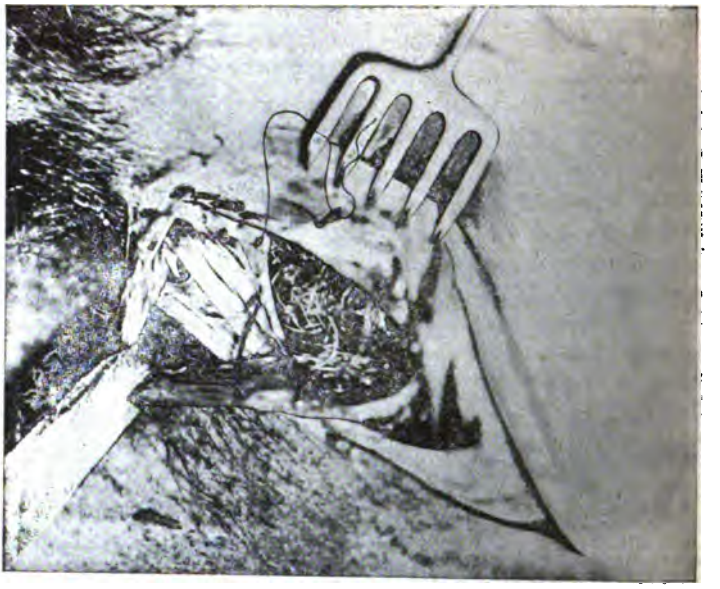


Fig. 2. — Montre la suture du plan musculaire profond depuis l'épine du pubis jusqu'à un pouce en dehors de l'orifice interne du canal inguinal. Le réseau de fil d'argent (du plus fin numéro fabriqué) placé sur le fascia transversalis recouvre tout le canal inguinal jusqu'à un pouce en dehors de l'orifice interne. On le voit dans la figure partiellement recouvert par les muscles qu'on est en train de suturer. Le cordon est écarté par une bande de gaze. Ceci constitue le 2e temps de l'opération.

de savoir qu'il peut en toute certitude promettre à son malade l'absence de récidive après l'opération; l'opération que je propose le permet, tandis que je n'en connais pas d'autre qui garantisse l'opérateur contre la récidive. L'opération n'est pas plus dangereuse qu'une autre; le fil d'argent ne cause aucune irritation. Ma mortalité est nulle et les possibilités de récidive n'existent pas. Ces raisons à elles seules devraient recommander l'opération à tous les chirurgiens. La méthode a été adoptée par le professeur Schede (de Bonn) et par d'autres chirurgiens distingués d'Allemagne; elle a été acceptée par beaucoup des meilleurs chirurgiens des États-

Unis. Personnellement je ne saurais trop pousser mes confrères à adopter ce procédé de préférence à tout autre.

Dans mon premier article je consacrais beaucoup de temps au traitement du sac, croyant que c'était là une des causes les plus habituelles de récidive, mais maintenant je suis pleinement convaincu que le sac doit être traité par des méthodes radicales et qu'une cure de hernie doit être convertie en petite laparotomie si l'on veut s'assurer les meilleures chances de succès possible. En examinant l'étiologie de la hernie inguinale oblique, nous devons acquérir la

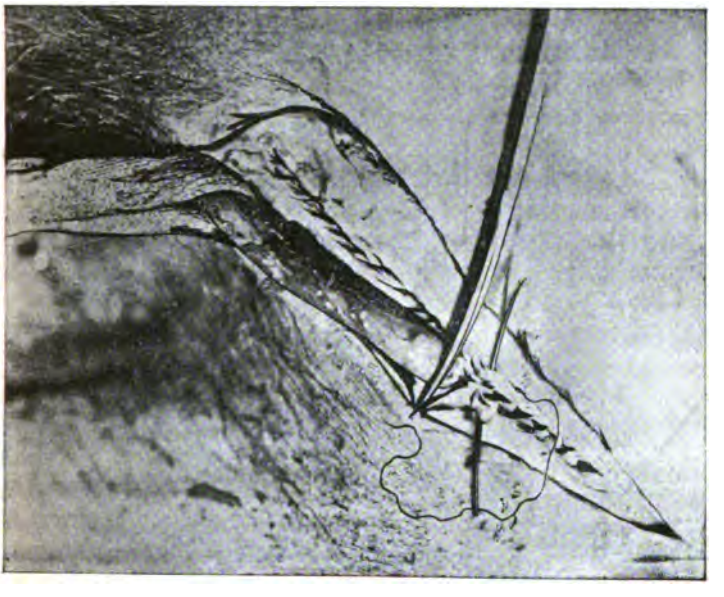


Fig. 3. — La couche musculaire superficielle et l'aponévrose sont fermées par un surjet; le cordon rétracté; on fait une encoche à l'aponévrose.

conviction que depuis la descente du testicule dans le scrotum la paroi abdominale doit subir un certain affaiblissement en ce point. De plus, la distension consécutive à la hernie absorbe encore plus de muscle et de tissu fibreux, amenant comme résultat une grande perte de substance. Le seul moyen de rendre ce point affaibli de la paroi solide et résistant, c'est de provoquer la production d'une grande quantité de tissu inflammatoire et d'empêcher sa distension par une substance non résorbable et assez souple pour se plier à chaque mouvement du corps. Le fil d'argent répond à ce but. L'usage du catgut, du crin de Florence, du tendon de kangourou ou de n'importe quelle autre substance résorbable contrecarre le résultat

que nous devons viser. L'usage de la soie est positivement contre-indiqué par le danger d'infection. Le fil d'argent, sorti de l'acide phénique pur et chauffé au rouge dans la flamme d'une lampe à alcool avant son emploi, nous fournit un matériel parfaitement stérilisé, qui ne peut produire d'irritation et qui évite tout danger d'infection. Sur 216 opérations j'ai eu 16 fois une infection au niveau du coussinet en filigrane d'argent.

Une question se pose naturellement au chirurgien : que faire quand l'infection se produit en ce point? Faut-il enlever le cous-

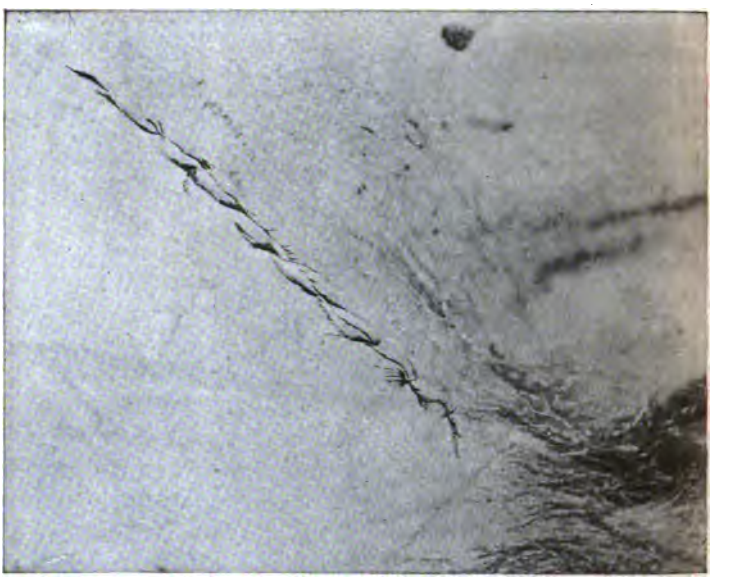


Fig. 4. — Plaie fermée par un surjet au catgut qui ne comprend que la peau.

sinet métallique? Certainement non. Ouvrez la plaie, avec une fine curette, enlevez tous les tissus infectés et remplissez la plaie d'acide phénique pur, puis lavez-la à l'alcool, antidote parfait des effets corrosifs de l'acide phénique, et laissez la plaie se fermer par granulation. De tous les cas ainsi traités, aucun n'a récidivé et ce point de la paroi abdominale est le plus solide de tous.

Des cas avec fistules ont été renvoyés de l'hôpital municipal au changement de service sans que ces fistules fussent fermées, alors qu'on aurait dû les traiter par l'ouverture et le nettoyage que je viens de décrire. Quand ils ont été reçus dans d'autres hôpitaux, le chirurgien a retiré le coussinet de filigrane au lieu de le laisser en place suivant la méthode à laquelle j'ai toujours recours. Les

résultats des cas infectés sont donc aussi bons que ceux qui sont demeurés aseptiques.

Une autre application de cette façon d'employer le fil d'argent, c'est la réparation de larges pertes de substance du crâne et aussi de déchirures musculaires. Je ferme les pertes de substance du crâne en faisant un plan de sutures perpendiculaire à la plaie, prenant le périoste et l'aponévrose de chaque côté de celle-ci, puis un deuxième plan perpendiculaire au premier; il en résulte un réseau qui empêche le tissu cicatriciel de se rétracter et d'exercer une

Fig. 5. — Région du canal inguinal enlevée en bloc chez une malade ayant succombé à une hystérectomie 2 ans et demi après l'opération de sa hernie. On voit le fil d'argent parfaitement enkysté et la masse de tissu de nouvelle formation maintenu par le fil qui a empêché sa distension. Le canal inguinal était complètement oblitéré et constituait le point le plus épais et le plus solide de la paroi. Le fil d'argent ne causa jamais la moindre gêne à la malade (n° 10).

compression sur le cerveau, en même temps qu'il prévient la hernie de cet organe.

Dans les déchirures musculaires ou dans les pertes de substance des muscles, je répare par un surjet au fil d'argent qui franchit la perte de substance quand il y en a une, en ayant soin d'enfouir le fil dans le muscle de façon à ce qu'il n'y ait pas d'extrémité faisant saillie quand la réparation sera faite. Des muscles ainsi réparés sont aussi forts qu'avant le traumatisme et le tissu cicatriciel qui réunit leurs extrémités (par exemple le quadriceps fémoral ou le triceps brachial) ne s'allonge pas, maintenu qu'il est par le fil d'argent enkysté. Il y a bien d'autres occasions d'employer le fil d'argent en chirurgie, et si on l'emploie comme je le conseille, il ne causera jamais d'ennuis. La suppuration n'est jamais produite par le fil d'argent à moins que des germes infectieux ne soient introduits en même temps que lui dans la plaie; quand elle se produit, c'est donc toujours un accident qu'on aurait pu éviter.

L'OPÉRATION DE NASSILOV.

LA PREMIÈRE INTERVENTION A BUENOS-AIRES

Par le docteur Andrès F. LLOBET,

Chirurgien de l'hôpital Rawson.

L'idée d'ouvrir le médiastin postérieur sain sur un homme vivant, pour intervenir dans l'œsophage thoracique, est due au chirurgien russe Ivan I. Nassilov, de Saint-Pétersbourg, qui, en 1888, essaya au préalable maintes fois cette opération sur le cadavre et fut le premier qui la déclara pratiquable sur l'homme, sans oser l'exécuter.

Cet honneur est dû à Rehn, chirurgien allemand (de Francfort-sur-Mein), qui intervint dans deux cas et dont l'opération détaillée fut communiquée au vingt-septième Congrès allemand de Chirurgie, en avril 1898.

Quénu et H. Hartmann, après Nassilov, confirmèrent en France la découverte du chirurgien russe. La lecture de l'article de Stoyanov, publié dans la *Revue de Chirurgie* (1889, page 388) me décida à pratiquer l'opération que je vais décrire.

Le 28 novembre 1898, je fis l'opération de l'œsophagotomie par le médiastin postérieur, à une jeune fille qui avait un peu plus de vingt ans. Ayant avalé, par erreur, un liquide caustique, elle avait un rétrécissement complet de l'œsophage, à 26 centimètres à partir des incisives; dans cet état, elle entra dans mon service de chirurgie de l'hôpital Rawson.

La malade ne pouvait avaler, pas même les liquides; plusieurs mois auparavant on lui avait pratiqué une gastrostomie pour pouvoir l'alimenter.

La malade était dans de bonnes conditions au moment de l'opération, et après l'anesthésie par le chloroforme, je lui fis une incision verticale à quatre travers de doigt de la colonne vertébrale, entre celle-ci et l'omoplate, en suivant exactement le procédé de Nassilov. Je réséquai de la quatrième jusqu'à la huitième côte comprise, sur une longueur de 5 centimètres chacune, en opérant la section à l'union des apophyses transverses avec les côtes. Je décollai la plèvre pariétale avec soin, pour ne pas l'intéresser, ce qui heureusement réussit, pour arriver, un moment après, sur la colonne où repose l'œsophage, l'aorte, les veines azygos, le pneumogastrique, le canal thoracique; tous ces organes furent séparés sans les blesser.

Pour me rendre compte de l'emplacement du rétrécissement, je mis dans la bouche de la malade une sonde olivaire de Trousseau, et en me guidant par la sonde je pus inciser avec un long bistouri, le rétrécissement qui se trouvait à 22 centimètres, comme nous l'avons déjà dit; mais 3 centimètres à peu près plus bas, l'on trouva un rétrécissement plus étendu, qui avait 2 centimètres de longueur, qu'il fut nécessaire d'inciser aussi dans le sens longitudinal de l'œsophage, comme le précédent. Une sonde molle de caoutchouc introduite par le nez jusqu'à l'estomac, fut placée pour pouvoir modeler la lumière de l'œsophage.

L'on finit en suturant en partie les plans musculaires et la peau, et en laissant un drainage à la partie moyenne de l'incision.

La suture de l'incision de l'œsophage ne fut pas faite, car il est facile de comprendre que le conduit étant oblitéré et la sonde prise dans son intérieur, la suture devenait impossible.

L'opération fut laborieuse dans sa dernière partie, soit au moment de trouver la place du rétrécissement, malgré l'introduction de la sonde olivaire, parce que, comme le lecteur s'en souviendra, l'incision fut faite du côté gauche; et à la hauteur où se trouvait le premier rétrécissement, l'œsophage commence à s'incliner vers la droite de la colonne vertébrale, le second rétrécissement se trouvant plus vers la droite, il aurait été plus convenable pour ce dernier rétrécissement d'opérer du côté droit. Tout compris, l'opération prit fin avec une complète réussite et l'on évita l'accident de l'ouverture de la plèvre, qui selon Stoyanov, est inévitable. Au moment même de pratiquer la seconde section du rétrécissement, la malade régurgita quelques liquides de l'estomac et elle continua les trois premiers jours, sans dyspnée, sans toux; il n'y avait pas de pneumothorax; l'alimentation se faisait au moyen de la sonde permanente qu'elle avait dans le nez; au quatrième jour l'on put remarquer pour la première fois quelque intermittence de pouls, et pour la corriger on administra de la digitale (37° 1/2 de température).

La malade mourut le huitième jour.

L'*autopsie* faite, l'on trouva les parois du cœur amincies, ou, ce qui revient au même, un myocarde dégénéré, et dans la plèvre, qui était intacte, l'on voyait un peu de pus. Le poumon, assez déprimé, était rétracté vers la colonne vertébrale comme quand l'air pénètre dans la cavité pleurale.

J'attribue la mort regrettable de notre malade à l'infection ascendante de l'estomac, car peut-être les bactéries de cet organe (la malade se nourrissait par la fistule gastrique) purent être transportées par les lymphatiques de la région en produisant la pleurésie purulente qui finit les jours de la patiente.

Les réflexions que ce cas me suggère, tout en étant unique, sont les suivantes : l'opération de Nassilov est très faisable et indiquée pour les rétrécissements peu perméables ou infranchissables de l'œsophage; pour l'extraction de corps étrangers et l'ouverture des abcès du médiastin postérieur, enfin, pour l'extraction de cer-

taines tumeurs kystiques. Quant à présent, dans les cas de cancers de l'œsophage qui dépassent certaines dimensions, je la considère sans application, à cause de la difficulté de pouvoir largement énucléer le néoplasme, et surtout de pouvoir suturer parfaitement le conduit réséqué.

L'opération de Nassilov, telle qu'il l'a décrite, me semble avoir l'inconvénient de s'éloigner un peu de la colonne vertébrale et par conséquent de l'œsophage.

Mon opinion serait de faire l'incision plus en dedans, soit à deux travers de doigt de la colonne vertébrale, afin de disséquer la masse sacro-lombaire et la repousser en dehors, pour sectionner les côtes vers 3 centimètres de leur union avec les apophyses transverses, en réséquant ces mêmes apophyses, s'approchant par ce moyen de l'œsophage et ainsi pouvoir intervenir plus facilement sur ce conduit.

La modification que je propose au procédé de Nassilov offre plus de difficultés au premier temps quand on sépare la masse des muscles sacro-lombaires, qui présentent plus d'épaisseur en s'approchant davantage de la colonne vertébrale; mais en revanche le second temps est facile, soit pour arriver à l'œsophage et l'isoler, soit pour pouvoir inciser, suturer ou extirper les tissus avec commodité.

En suivant Nassilov, je crois que l'on doit faire l'incision à gauche, pour la partie supérieure de l'œsophage, et à droite, pour la partie inférieure, toujours à égale distance de la ligne médiane, comme l'inventeur l'a indiqué, en réséquant un nombre égal de côtes avec les dimensions déjà connues des portions de côtes qui doivent être réséquées.

En somme, je crois que l'opération de Nassilov ouvre une nouvelle voie à la chirurgie moderne et ayant eu l'occasion d'intervenir dans un cas comme celui que je viens de décrire, nous sommes obligé de tracer la route de cette opération moderne, en plantant les jalons qui doivent servir de guide pour éviter les difficultés et supprimer les erreurs des premiers interventionnistes.

LE CANCER DU GROS INTESTIN

RECTUM EXCEPTÉ

Par R. DE BOVIS,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Reims,
Chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

(*Suite*[1]).

2° Suites opératoires.

Après l'opération, la température est généralement élevée : elle oscille entre 38° et 39°.

Vers le troisième jour, parfois même dès le premier (R. Frank[2]), les gaz commencent à passer par l'anus, et même des selles plus ou moins liquides : cela dépend un peu de l'état de réplétion ou de vacuité de l'intestin avant l'opération. Cependant, règle générale, les premières garde-robes, aidées souvent de laxatifs ou de lavements, ne se montrent guère qu'entre le quatrième et le sixième jour. Dans un cas, Czerny dut « curer » le rectum dès le deuxième jour; même aventure est rapportée par Quintar, mais au cinquième jour seulement[3].

Ces premières journées, après l'opération, sont aussi angoissantes pour le malade que pour le chirurgien. La température est aux extrêmes limites de la normale post-opératoire, il y a des renvois, des vomissements, du ballonnement abdominal, de l'oppression et on attend avec une impatience facile à comprendre, les premiers gaz, qui signalent la « voie libre », tout en soulageant énormément les malades. Nous reviendrons sur les moyens de rendre moins pénible, cette période post-opératoire.

Ces premières journées sont aussi la période des complications opératoires. Dans le nombre, il en est deux qui doivent particulièrement attirer notre attention : l'occlusion et les fistules intestinales.

1. Voir les numéros de juin, juillet, août et octobre 1900.
2. R. Frank, 1893, obs. III.
3. Quintar, 1892, I.

1° *Occlusion intestinale post-opératoire.* — Nous avons déjà dit qu'elle peut être le fait d'une coudure intestinale (due surtout aux plicatures, en cas d'incongruence) ou de l'obstruction d'un bouton de Murphy. On peut être réduit à recourir à l'entérostomie [1] : pratiquée deux fois, elle échoua deux fois, mais il s'agissait de bien mauvais cas.

Avant d'en arriver là, il est permis de songer qu'on est en présence de ces occlusions ou obstructions, assez vulgaires en somme, après la laparotomie, et qu'on rattache à la parésie intestinale ou aux exsudats péritonéaux. Des lavements, un purgatif léger, administrés dès les premiers jours, ont souvent arrêté le redoutable syndrome [2]. Rappelons le cas de Helferich, où Heidenhain [3] dut faire une deuxième laparotomie; l'intestin s'était étranglé dans la fente mésentérique laissée après résection et non suturée.

Enfin, on peut être amené à intervenir de nouveau pour une récidive locale. Dans ce cas, von Hacker [4] fit une iléo-colostomie.

2° *Fistules intestinales.* — Nous nous sommes suffisamment étendus sur ce sujet à propos du drainage. Si l'on a drainé, on voit, le jour où l'on retire la mèche, généralement, un peu de pus fétide ou stercoral sourdre du fond de la plaie. Si l'on n'a pas drainé, le malade accuse le quatrième ou le cinquième jour, en moyenne, de la douleur et de la tension abdominale : la température élevée fait craindre une péritonite ; à tout hasard on regarde la plaie, on la trouve rouge, enflammée; on fait sauter quelques points de suture et il sort quelques gaz, matières ou pus fétide [5].

A la suite de cet incident une fistule se constitue : elle offre tous les degrés, depuis le simple suintement purulent, fétide ou non, jusqu'au véritable anus artificiel [6]. Mais, règle générale, cette fistule est petite et se ferme spontanément après un mois ou deux. Dans un cas de Quintar (obs. I), elle dura bien neuf mois; mais elle était entretenue par un fil de soie, dont l'élimination amena aussitôt la guérison. Dans deux autres de Billroth (Salzer, XIX) et de Becker (XXXII), les fistules devinrent permanentes, mais elles étaient sous la dépendance de la récidive.

1. Salzer (Billroth), 1892, XXIII; Rémy et Bouvet, 1899.
2. Hauer (Billroth), obs. en appendice; Matlakowsky, 1892, I; Seefisch, 1897.
3. Heidenhain, 1896.
4. Salzer (Hacker), obs. VI et X, 1891. C'est la même malade.
5. La fistule n'apparut qu'au treizième jour dans un cas de Quintar (1892, I), au quatorzième jour, dans celui de F. Dumont (1893); mais, dans ce dernier, c'était déjà peut-être une récidive.
6. Hahn, 1897, VI. Dans le cas de Becker (1894, XXXII), cette transformation est à mettre au compte de la récidive.

Ces fistules guérissant donc toutes seules, il nous semble superflu d'essayer de les oblitérer[1] avant deux ou trois mois au moins. Et au-delà de ce terme, on ferait même bien de les respecter, de crainte qu'elles ne soient entretenues par une récidive.

3° La *jaunisse*, qui s'observe quelquefois[2], peut être mise au compte de l'ictère émotif—, comme nous l'avons vu deux fois après des opérations banales —, ou au compte d'une sorte d'indigestion, comme chez le malade de Billroth, qui avala du pain le troisième jour et finit par mourir de péritonite.

4° La *diarrhée* post-opératoire semble d'un pronostic grave. Elle apparut chez deux malades, qui succombèrent tous deux, et chez lesquels existaient de nombreux noyaux secondaires[3].

5° Dans un cas de Treves (1893), on signale une *escarre de décubitus*.

6° Citons, pour finir, une laparotomie pour *péritonite purulente* post-opératoire (Billroth) — sans succès d'ailleurs —, une résection partielle secondaire pour *récidive* (Fischer); la malade, dans ce dernier cas, vécut encore six mois.

3° Résultats éloignés.

Malgré notre documentation, nous sommes pauvres en résultats éloignés.

	AUTEURS.	EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE.	EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE.	CAUSE DE LA MORT.
1881	Köhler.	?	22 mois	Récidive.
1890	Senn.	26 mois	3 —	Vivent encore, mais en voie de récidive.
1892	Billroth-Salzer VI + X[4].	2 —	22 —	
—	— XIX.	5 —	6 —	Récidive.
1893	Fritz Dumont.	12 —	3 mois 1/2	En voie de récidive.
1894	W. Meyer (sarcome).	7 —	2 mois + 12 jours	Récidive.
1893	Rindfleisch (Czerny), IX.	6 —	21 mois	—
1894	Becker XI.	? —	1 —	Cachexie.
—	— (sarcome.) XXXII.	? —	1 — 1/2	Récidive.
1899	Tokarenko (sarcome).	36 mois	6 —	—
1900	Càird I.	?	13 —	Généralisation.
—	— IV.	?	5 —	—

1. Malthe (de Christiania), dans le cas de Hahn; Billroth (obs. XIX de Salzer); Haasler, 1893.
2. H. Gilford, 1893; Salzer (Billroth), 1892, XXI.
3. W. Meyer, 1894; Pétroff, 1897, III.
4. C'est la même malade.

Nos observations peuvent se partager en trois groupes : malades guéris depuis moins de trois mois, depuis plus de trois mois, suivis jusqu'à leur mort.

Les premiers sont inutilisables. Les derniers sont peu nombreux, mais il pourront nous fournir des approximations.

a. Malades suivis jusqu'à leur mort.

Si nous faisons le total de ces deux colonnes, nous trouvons en moyenne une existence pré-opératoire de 13,4 mois et post-opératoire de 8,3 mois. Et remarquons, que nous avons compté certains sujets en voie de récidive comme s'ils étaient déjà morts! Remarquons aussi qu'il y a sur le nombre 3 sarcomes et une malade ultra-cachectique (Becker, XI). Prendre donc cette moyenne comme l'expression de la vérité serait s'abuser étrangement.

b. Malades vivants depuis plus de trois mois [1]. — Nous en comptons 42 se répartissant ainsi :

1re année	Depuis 3 mois	3 cas.
	— 4 ou 4 1/2	4 —
	— 5 ou 5 1/2	3 —
	— 6 mois	3 —
	— 7 —	2 —
	— 8 —	1 —
	— 9 —	2 —
	— 10 —	1 —
	— 11 —	5 —
2e année	Depuis 13 mois	2 cas.
	— 14 —	1 —
	— 15 —	1 —
	— 18 —	2 —
	— 24 —	1 —
3e année	Depuis 26 mois 1/2	1 cas.
4e année	Depuis 3 ans	1 cas.
	— 3 ans 1/2	2 —
5e année	Depuis 4 ans 5 mois	1 cas.
	— 4 — 6 —	1 —
	— 4 — 8 —	1 —

Depuis 6 ans et 3 mois	1 cas.	(Lennander, inéd., 1900, II.)
Depuis 7 ans	1 —	(Caird, 1890, inéd., X.)
Depuis 8 ans [2]	1 —	
Depuis 10 ans et 5 mois	1 —	(Rindfleisch-Czerny, 1893, X.)

Si nous venons à supposer un instant que tous ces malades aient succombé immédiatement après le dernier compte rendu de leur

1. Notre travail s'est trouvé trop avancé pour insérer ici les résultats éloignés de M. le Prof. *Borelius* et en tenir compte dans nos calculs : ces résultats sont cependant excellents : ses trois opérés sont vivants, bien portants et sans traces de récidive, depuis respectivement 12, 18, 23 mois. Nous devons en dire autant des cas du Dr *B. Carlson* (1899) : les malades des obs. I et II sont en excellente santé depuis respectivement 26 et 22 1/2 mois.

2. Kosinsky, 1893, III. La malade eut 2 enfants après son opération.

santé, nous voyons que ces 42 malades auraient vécu en moyenne 23,2 mois. En tenant compte même de notre premier groupe —, une série essentiellement noire, comme nous l'avons vu —, cette moyenne tomberait à 19,9. Nous appellerons cette moyenne la *survie minima* : elle est absolument imaginaire, mais elle donnera quelque base à des études comparatives de méthodes ou de procédés. Nous dirons donc que l'entérectomie donne au malade une *survie minima* de 19,3 mois. Son existence totale, pré[1] — et post — opératoire (13,7 + 19, 3) peut donc être représentée par le minimum de *33,0 mois*.

X. ENTÉRECTOMIES SUIVIES DE L'ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS CONTRE NATURE.

SOMMAIRE.

1° *Indications opératoires* spéciales ayant commandé cette méthode. 2° *Résultats immédiats* ; *a*) Mortalité post-opératoire ; *b*. Causes des morts post-opératoires ; *c*. Influence du sexe ; *d*. Influence du siège ; *e*. Remarques sur la technique. 3° *Suites opératoires*. 4° *Opérations complémentaires* dirigées contre l'anus artificiel. 5° *Résultats éloignés*.

1° *Indications opératoires spéciales ayant commandé cette méthode.* — Les raisons qui amènent le chirurgien à terminer l'entérectomie par un anus contre nature, c'est-à-dire, par l'abouchement de l'une ou des deux sections intestinales à la peau, sont de deux ordres : la nécessité de faire vite ou l'impossibilité d'affronter les deux bouts intestinaux.

La nécessité de *faire vite* tient, soit à l'état clinique du patient, soit à la durée de l'opération. Parmi les observations de la série, nous trouvons, en effet, 9 malades en pleine occlusion ou obstruction intestinale[2]. La durée de l'opération est commandée par l'état anatomique des parties : on comprend facilement la hâte de l'opérateur, qui a dû réséquer déjà une anse intestinale (Bergmann), une portion de vessie (Iversen), d'estomac (Fischer), ou abandonner la partie après une résection incomplète (Nilson).

L'*impossibilité d'affronter* les bouts intestinaux tient à une inégalité trop grande de leurs lumières (Billroth[3]), aux adhérences qui les

1. Nous avons retranché les observations de Billroth (Hauer, 1884, VI), de Veliaminovf (1893), de Cedercreutz (1899), dont les durées sont tellement extraordinaires, qu'on peut se demander si c'est bien d'un cancer qu'il s'agit, dès les débuts.
2. Avec 5 morts.
3. Hauer (Billroth), 1884, I, II.

TABLEAU VIII. — **Entérectomies suivies de l'établissement d'un anus contre nature.**

ANNÉE de la publication.	AUTEUR.	GUÉRISONS.	MORTS.	CAUSES DE LA MORT.	ÉTAT CLINIQUE LORS DE L'OPÉRATION	SIÈGE.	SEXE.	OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES.	DURÉE DE L'EXISTENCE. PRÉ-OPÉRATOIRE.	DURÉE DE L'EXISTENCE. POST-OPÉRATOIRE.
1878	Schede	»	1	Péritonite.	»	D.	»	»	»	»
—	Güssenbauer	1	»	»	Obstr.	S.	H.	»	13 mois.	17 ans†.
—	Maydl	1	»	»	Constip.	C.	H.	»	8 mois.	3 m. Récid.
—	Volkmann	1	»	»	»	S.	?	Applic. d'entérot.	»	12 mois.
1884	Hauer* (Billroth), I	»	1	Collaps.?	O. I.	A. spl.	H.	»	4 mois.	»
—	— II	»	1	Collaps.	Constip.	S.	H.	»	»	»
1885	F.-H. Gross	»	1	Collaps.?	»	T.	H.	»	»	»
—	Whitehead	»	1	Péritonite.	Cachexie.	A.	H.	»	4 mois.	»
1886	Riedel	1	»	»	—	A.	H.	2 laparot. ultér. p. ferm. l'anus ar.	24 mois.	3 mois.
1887	Hahn	1	»	»	A froid.	C.	H.	Appl. infruct. d'entér.	»	11 m. Récid.
—	Jacobs (Sacré)	»	1	Collaps.?	O. I.	V.	F.	»	24 mois.	»
—	Pavlovf, I	1	»	»	Obstr.	V.	H.	»	7 mois.	Récidive.
1888	Barton	1	»	»	Constip.	V.	F.	Appl. d'entérot.	»	»
—	von Bergmann	1	»	»	»	D.	F.	Opérat. plastiq.	»	3 mois.
—	Fischer	1	»	»	»	T.	F.	»	»	5 mois†.
—	Penrose	1	»	»	O. I.	D.	F.	2 opér. plast.	12 mois.	6 mois.
1889	K. Franks*, I	»	1	Collap. par al. intestin.	Crises.	D.	H.	»	3/4 mois.	»
—	Iversen	»	1	Collaps.	Fist. vésic.	S.	F.	»	»	»
1894	Obalinsky*, LI	1	»	»	O. I.	S.	H.	»	1 mois.	»
1890	König*, p. 918	»	1	Périt. (Gangr.)	»	C.	H.	»	12 mois.	»
—	— IV	1	»	»	»	D.	F.	»	»	12 mois†.
—	Nilson	»	1	Collaps.?	O. I.	A. spl.	H.	»	»	»
1892	Doyen	1	»	»	A froid.	A. hép.	F.	»	»	»
—	Mac Cormac	1	»	»	Crises.	V.	H.	Entéro-anast. + 2 opér. plast. sans suc.	5 mois.	8 mois.

TABLEAU VIII (Suite).

ANNÉE de la publication.	AUTEUR.	GUÉRISONS.	MORTS.	CAUSES DE LA MORT	ÉTAT CLINIQUE LORS DE L'OPÉRATION	SIÈGE.	SEXE.	OPÉRATIONS COMPLÉMENTAIRES.	DURÉE DE L'EXISTENCE PRÉ-OPÉRATOIRE.	DURÉE DE L'EXISTENCE POST-OPÉRATOIRE.
1893	Barton.....	1	»	»	Crises.	V.	H.	Entéro-anast.	3 mois.	2 m.†. (O.I)
—	Edmunds*, I.....	1	»	»	A froid.	C.	H.	»	30 mois.	5 a. 10 m.† (Mort acc.)
—	A. Reverdin.....	1	»	»	—	T.	F.	»	»	4 mois.
—	Wolff (Körte).....	1	»	»	Constip.	A.	H.	Opérat. plast.	8 mois.	3 a. 4 m.
1894	Chavannaz* (Desmons)..	1	»	»	Crises.	D.	F	—	5 à 6 ans.	18 mois.
1895	Paul*, IV.....	1	»	»	O. I.	S.	F.	»	12 mois.	6 mois†. (Mort acc.)
1898	Frantzke* (Vassilieff), I.	»	1	Collaps.	Obstr. lég.	C.	H.	»	36 mois.	»
—	Leonte*[1].....	»	1	—	O. I.	D.	F.	»	»	»
—	Mauclaire et Macaigne..	»	1	—	—	S.	H.	»	12 mois.	»
1899	Battle*, II.....	1	»	»	»	S.	H.	Opérat. plast.	»	»
—	Cordua.....	1	»	»	Crises.	A.	H.	»	9 mois.	5 mois.
—	Kummer.....	1	»	»	Constip.	A.		Exclusion intest.	18 mois.	5 mois.
—	Phocas.....	1	»	»	»	T.		Opérat. plast.	»	8 mois.
—	Caird* (inédite), XI.....	»	1	Œdème pul.	»			»	3 mois.	»
	TOTAUX.....	24	14							

1. Indiquée comme intégrale parce qu'elle figure dans la statistique générale du service de l'auteur.

N. B. Les abréviations sont les mêmes que pour le tableau VII et V.

immobilisent ou enfin à leur siège profond : on trouve en effet, dans cette série une assez forte proportion de cancers de l'S iliaque. Les adhérences et le siège sont donc les principaux facteurs. La longueur de l'intestin réséqué ne semble jouer qu'un rôle secondaire : les plus longues pièces ont 20 (Cordua) ou 35 centimètres (Whitehead), et les autres oscillent autour de 10 centimètres. Aux entérectomies simples on trouverait peut-être des moyennes supérieures. C'est donc la fixité de l'intestin, par la rétraction des méso et par les adhérences, qui gêne l'approximation.

2° Résultats immédiats.

a). *Mortalité post-opératoire.* — Sur 38 cas, il y a 14 morts, ou 36,8 0/0. Les statistiques *intégrales* ou *semi-intégrales* donnent 7 morts pour 13 cas. On peut donc estimer la *mortalité réelle* à au moins 53,8 0/0.

b.) *Causes de la mortalité post-opératoire.* — Elles se répartissent ainsi :

Non indiquées (collapsus ou shock probable)	4
Collapsus	5
— et parésie intestinale	1
Péritonite (dont 1 par gangrène de l'intestin)	3
Œdème pulmonaire	1
	14

La *prédominance des morts par collapsus* n'est pas faite pour nous surprendre : ce que nous avons dit des causes ayant commandé le manuel opératoire (occlusion intestinale, état anatomique, etc.), en rend compte.

La conclusion, qui s'impose, est donc qu'un soigneux triage des cas à opérer et la condamnation de toute entérectomie pendant l'occlusion intestinale, est le seul moyen de diminuer l'énorme mortalité de ce groupe.

c). *Influence du sexe.* — Plus l'acte opératoire est grave et plus grande est la supériorité féminine : elle est ici de près du double.

Hommes	23 cas	10 morts ou	43,4 p. 100.
Femmes	13 cas	3 morts ou	23 p. 100.

d). *Influence du siège.*

Région cæcale	11 cas.	4 morts.
Côlon ascendant	5 —	1 —
— transverse	7 —	3 —
— descendant	7 —	2 —
S iliaque	8 —	4 —

Les difficultés qui accompagnent l'extirpation des cancers fixés dans les fosses iliaques, surtout quand il s'agit de la partie profonde de l'S iliaque, font que c'est toujours à leur niveau que se rencontre la plus grosse mortalité.

e). Remarques sur la technique. — La *libération* du néoplasme, fixé à un méso côlon rétracté, adhèrent à l'intestin, à la vessie ou à l'estomac, entouré parfois d'un abcès (A. Reverdin), offre, comme bien l'on pense, des difficultés considérables : en ce faisant, on peut le déchirer (Penrose, Leonte, Pavlovf). Les causes de souillure péritonéale sont donc déjà nombreuses. Elles le sont davantage, s'il y a de l'occlusion intestinale et qu'il faut ponctionner les anses, afin de pouvoir les réduire (Billroth-Hauer, I; Penrose).

Le *traitement des bouts de l'intestin* a varié selon les circonstances. Les cas de Maydl, de Wolff (Körte), par exemple, tiennent le milieu entre la résection idéale et celle que nous étudions : l'intestin fut suturé aux 3/4 et abouché à la peau sur le 1/4 restant. Battle et Kummer ont voulu préparer mieux encore l'occlusion ultérieure de l'anus artificiel; ils ont exécuté en même temps une *entéro-anastomose*. Mais, alors, nous ne voyons plus l'avantage qu'il y a dans l'abouchement des bouts intestinaux à la peau; si l'on a le temps ou la possibilité de faire une entéro-anastomose, pourquoi ne pas refermer l'intestin et le ventre?

La plupart des opérateurs n'ont pas cru avoir le temps ou le moyen de faire tant de choses. Comme nous l'avons dit et pour les raisons données, ils avaient hâte d'en finir.

Le mieux, avec cette méthode, est d'aboucher à la peau les deux anses intestinales en canons de fusil (opération de Volkmann); la cure ultérieure de l'anus artificiel peut alors s'obtenir par l'entérotome. Mais, comme les adhérences sont un obstacle fréquent à la suture, le chirurgien est bien obligé d'aboucher les anses où il peut, souvent aux deux extrémités de la plaie.

Il peut même arriver — cela se voit surtout avec les cancers de l'S iliaque — que le bout distal ne peut être amené à la peau : on en est réduit à le fermer et l'abandonner dans le ventre (opération de Madelung)[1]. Ce procédé n'est pas beaucoup plus dangereux que les autres (8 cas et 5 morts); mais, c'est un pis-aller. Le procédé de Lardennois (Voir entéro-anastomoses) permettrait sans doute de l'éviter.

3° *Suites opératoires.* — Parmi les incidents ou accidents à signaler, mentionnons la *gangrène de l'intestin*, dans sa portion

1. Schede, Güssenbauer, Hauer (Billroth), I, II; K. Franks, I; Doyen, Mauclaire et Macaigne; Cordua.

fixée à la peau (König, p. 918; Riedel), ou dans l'intérieur de l'abdomen (von Bergmann). Les tiraillements qu'il subit, lors de la libération des adhérences ou des débridements du mésentère, expliquent ces nécroses intestinales. Dans le cas de Bergmann il s'agissait d'une anse grêle, réséquée à cause de ses adhérences et entérorraphiée complètement, tandis que celle portant le cancer avait été fixée à la peau[1].

De même qu'après l'entérostomie, on peut observer la *paralysie de l'intestin* (K. Franks) et le *prolapsus de l'intestin* par l'orifice de l'anus artificiel (König, p. 918; W. Edmunds). Enfin, les *complications pulmonaires* se voient ici comme après toute opération abdominale.

4° *Opérations complémentaires.* — Le malade restant porteur d'un anus contre nature, nombre de chirurgiens ont cherché à l'en débarrasser (opération de Madelung exceptée, cela va sans dire).

Nous avons vu que les deux anses intestinales ne peuvent pas toujours s'aboucher en canons de fusil. La méthode de Dupuytren n'est donc pas toujours applicable. On peut alors recourir à l'entéro-anastomose[2] et même à l'entérectomie itérative[3]. Aucune de ces opérations secondaires, heureusement, n'amena la mort[4]. Mais elles ne furent pas toutes curatives non plus, tant s'en faut : le malade de Riedel est le seul qui guérit du premier coup. Les autres gardèrent des fistules ou n'en furent débarrassés qu'à coups d'avivements ou de laparotomies.

5° *Résultats éloignés.* — De même que pour les entérectomies simples, nous avons un premier groupe de malades suivis jusqu'à leur mort, et un second, où ils vivent encore au moment de la publication.

1er groupe :

Morts de récidive...	à 5 mois	1	
	à 12 mois	1	
En voie de récidive	après 1 mois	1	
	— 3 mois	1	
	— 10 ou 12 mois	1	
Morts accidentelles.	à 2 mois	1	
	à 5 ans 10 mois	1	(W. Edmunds.)
	à 17 ans	1	(Güssenbauer.)

1. Après réouverture du ventre, l'anse gangrenée fut fixée à son tour à la peau; le malade guérit. Il avait donc deux anus contre nature et quatre orifices intestinaux, mais par une chance curieuse, la portion gangrenée se trouva être celle intermédiaire aux deux anus, en sorte que, trois mois plus tard, von Bergmann fut bien étonné de ne plus trouver que deux orifices au lieu de quatre.

2. Mac Cormac; Barton; Kummer (exclusion intestinale).

3. Maydl; Riedel.

4. Celle du malade de Barton est le fait d'un occlusion intestinale par bride.

2e groupe

Vivant depuis	3 mois	2
—	4 —	1
—	5 —	2
—	6 —	1
—	8 —	1
—	12 —	1
—	18 —	1
—	40 —	1

En nous livrant à un calcul analogue à celui des entérectomies simples, nous voyons que la *survie minima* (chiffre absolument conventionnel, nous le répétons) serait de 23,2 mois. La moyenne de l'*existence préopératoire* est, d'autre part, de 14,9. Chez les malades de cette série, on pourrait donc espérer une durée totale de l'existence pré et post-opératoire de 37,9 mois. Si l'on retranche le cas de Güssenbauer, cas peut-être exceptionnel[1], la survie minima tombe à 12,6; nous pensons que la vérité (relative) est entre ces deux extrêmes, à cause des récidives assez nombreuses de ce groupe, récidives qu'expliquent suffisamment les graves lésions anatomiques rencontrées dans plusieurs cas.

XI. ENTÉRECTOMIES EN PLUSIEURS TEMPS.

SOMMAIRE.

1° *Résultats immédiats.* — *a*). *Mortalité opératoire* : elle est relativement très faible; *b*). *Causes de la mortalité*; *c*. *Techniques et suites opératoires* : entérectomies après entérostomie, entérectomies après exposition de la tumeur; opérations complémentaires; *d*). *Influence du siège et du sexe.*
2° *Résultats éloignés* : survies.

1° *Résultats immédiats.* — *a*). *Mortalité post-opératoire.* — Sur 36 cas, il y a 6 morts, soit une *mortalité littéraire* de 16,6 0/0. En se limitant aux statistiques intégrales ou semi-intégrales, on peut estimer la *mortalité réelle* à 17,6 0/0 (3 morts pour 17 cas). C'est la plus faible mortalité que nous ayons rencontrée dans l'entérectomie.

b). *Causes de la mortalité.* — Les 6 morts sont dues à :

1. Pas tant qu'on serait tenté de le croire cependant : dès qu'un réséqué dépasse cinq ou six ans de survie, et il y en a pas mal, il n'y a, pour ainsi dire, pas de raison qu'il n'atteigne pareille longévité.

Bronchite..... 1
Collapsus..... 2
Complications septiques et péritonéales..... 3

Comme nous allons le dire, ces résections en plusieurs temps se font généralement après une opération palliative, dirigée contre l'obstruction, et chez des malades qui semblent justiciables d'une cure radicale. On est donc intervenu dans les conditions cliniques ou anatomiques les plus favorables, et les résultats le prouvent. Cette méthode, dont la valeur sera discutée plus loin, comporte donc un enseignement, qui corrobore tout ce que nous avions déjà dit à propos des autres.

c). *Techniques opératoires.* — Si nous laissons de côté certains cas singuliers [1], nous voyons que les diverses observations de ce groupe peuvent se partager en deux sous-groupes :

1. Entérostomie, puis résection intestinale.
2. Exposition, puis résection extra-abdominales de la tumeur.

Premier sous-groupe. Entérostomie et entérectomie. — Dans la plupart des cas, le malade se présente en état d'obstruction ou d'occlusion ; on pare au plus pressé en établissant un anus contre nature. Au bout de quelques semaines, le malade est rétabli, son cancer paraît extirpable et on l'enlève.

Les observations de ce genre sont au nombre de 25 [2] avec 6 morts ou 24 0/0 (c'est-à-dire la totalité des morts indiquées ci-dessus). Bien que ce chiffre de 24 0/0 soit encore inférieur à tout ce que nous ayons rencontré jusqu'ici, il serait encore susceptible de réduction : dans un cas, en effet (Baum, 1879), on employa un mauvais procédé de suture; dans 2 cas (Paul, Caird), le collapsus indique que les opérateurs ont présumé des ressources de la chirurgie et des forces du malade. Le cas de Paul et un autre de Nélaton (Compoint, X) étaient visiblement de mauvais cas, puisque la résection dut se terminer par l'abouchement de l'intestin à la peau. Enfin, il y a une bronchite, qui n'a rien à voir avec la méthode.

Nous en arrivons donc à une conclusion, que nous ne saurions trop répéter, qu'*un intestin bien vidé et un péritoine à froid* — deux facteurs intimement liés — sont d'excellents, sinon les meilleurs facteurs du succès.

Deuxième sous-groupe. Exposition et résection extra-abdominales de la tumeur. — Ici, pas de morts; malheureusement les cas sont peu nombreux et ils nous viennent surtout de Bloch et de l'École danoise,

1. Keetley, Israël (1894).
2. Dans deux cas, ce fut une entéro-anastomose qui constitua l'opération préliminaire (Storp, 1898 ; Treves 1898).

qui en furent les promoteurs. On pourrait donc arguer de quelque faiblesse des auteurs pour un procédé, qui est si bien leur. Malgré tout, la méthode se recommande *a priori* par une grande bénignité. Mais, comme nous le verrons, elle a d'assez sérieux inconvénients.

Les chirurgiens se sont comportés de manières un peu différentes.

Hahn (1894) a fait d'abord une entérostomie, puis il a ouvert le ventre, luxé et fixé la tumeur à la paroi. Les adhérences protectrices une fois établies, il a réséqué la tumeur ainsi exposée. Le malade portait donc deux anus contre nature, dont la double cure fut faite ensuite avec succès (par voie abdominale).

Les autres ont « exposé » d'abord la tumeur. Selon les circonstances (présence ou absence d'obstruction), on ponctionnait immédiatement (O. Bloch, 1892; Studsgaard, Allingham) ou ultérieurement (Hochenegg) l'intestin. En tout cas, si cette ouverture est différée, elle semble devoir se produire spontanément (O. Bloch, 1894). L'exposition de l'anse, à moins qu'il n'y ait déjà obstruction, n'interrompt pas le cours des matières et des gaz; mais, en attirant et fixant le néoplasme, Bloch recommande de ne pas comprimer le mésentère, par crainte de gangrène.

Les adhérences une fois établies, dès le quatrième jour à la rigueur (W. Edmunds[1]), on réséque la tumeur et l'on essaie de suturer les parois intestinales. Cet essai, constatons-le, a toujours échoué : au lieu et place du cancer réséqué il reste un anus artificiel rebelle. Dans un cas (obs. g), Studsgaard arriva bien à le réduire à l'état de fistule, mais celle-ci s'agrandit de nouveau dans la suite, grâce sans doute au rétrécissement de l'anse efférente.

Pour en finir, on est donc obligé d'intervenir à nouveau sur la cavité abdominale (W. Edmunds, Marsh, Hochenegg, Steffens), soit par l'anastomose, soit par l'entérectomie. O. Bloch (1892) a bien réussi à suturer son intestin au milieu des adhérences, qu'il n'a dissociées qu'à la fin, pour lui rendre sa liberté; mais n'est-ce pas s'exposer à des occlusions tardives par brides ou rétrécissements[2]?

Un autre inconvénient de la méthode de Bloch, c'est que le mésentère ne peut être largement réséqué; or, comme il contient souvent des ganglions cancéreux, on laisse derrière soi la porte ouverte à la récidive.

Enfin, l'exposition ne peut répondre qu'à un petit nombre de cas

1. Attendre un mois, comme Bloch (1892), nous paraît excessif.
2. Comme peut-être dans le cas de Caird, XII (inédite, 1900), où le malade meurt d'occlusion intestinale un an plus tard.

TABLEAU IX. — **Entérectomies en plusieurs temps** [1].

ANNÉE de la publication.	AUTEUR.	GUÉRIS.	MORTS.	OPÉRATION PRÉLIMINAIRE.	OPÉRATION SECONDAIRE.	CAUSES DE LA MORT	OPÉRATION COMPLÉMENTAIRE.	SIÈGE.	SEXE.	DURÉE DE L'EXISTENCE. PRÉ-OPÉRATOIRE.	DURÉE DE L'EXISTENCE. POST-OPÉRATOIRE.
1879	Baum	»	1	Entérost.	Résect.	Sut. insuf.	»	A.	H.	12 mois.	»
1889	Escher	1	»	—	—	»	»	S.	H.	»	»
—	Schlange (von Bergmann)	1	»	—	—	»	Fermeture d. l'an. art	S.	F.	»	»
1892	Bloch*, III	1	»	Exposit.	Résect. ex.	»	Rés. int. p. an. art.	S.	H.	6 mois.	11 m. 1/2 † (généralis.)
1893	H. Allingham	1	»	—	—	»	»	S.	F.	2 mois.	»
—	W. Edmunds*, II	1	»	—	—	»	Entéro-anast.	S.	H.	6 mois.	39 mois †. (Récidive ?)
—	Rindfleisch (Czerny)* VII	1	»	Entérost.	Résect.	»	Op. plast.	S.	F.	3 mois.	18 mois.
—	— — VIII	1	»	—	—	»	—	D.	F.	12 mois.	20 m. 1/2.
1894	Bloch*	1	»	Exposit.	Résect. ex.	»	—	A.	F.	12 mois.	4 mois.
—	Hahn	1	»	—	—	»	Op. plast.	A. hép.	F.	»	Opérée depuis «quelques» ann.
—	Israël	1	»	Entérost.	— prolaps. du cancer.	»	—	T.	F.	»	16 m. 1/2 †.
—	Littlewood	1	»	—	Résect.	»	—	A.	F.	»	5 mois †. (Généralis.)
—	Studsgaard*, f.	1	»	—	—	»	»	S.	F.	3 semaines.	9 mois,
—	— g.	1	»	Exposit.	Résect. ex.	»	»	S.	F.	3 mois.	3 mois.
1895	Floderus* (Lennander).	1	»	Entérost.	Résect.	»	»	A.	H.	»	6 m. (Réc.)
	Paul*, II	»	1	—	—	Collaps. ?	»	D.	F.	5 semaines.	»
—	M. Robson*, II	1	»	—	—	»	»	A.	F.	6 mois.	6 mois.
1896	Israel	1	»	—	—	»	»	S.	F.	»	»
—	Keetley*, III	1	»	Résect. intestinale	Rés. d'une tumeur 2me	»	»	C.	F.	12 mois.	3 mois. (Cachexie.)

1. Les tirets (—) voulant dire Idem.

TABLEAU IX (Suite).

ANNÉE de la publication.	AUTEUR.	GUÉRIS.	MORTS.	OPÉRATION PRÉLIMINAIRE.	OPÉRATION SECONDAIRE.	CAUSES DE LA MORT	OPÉRATION COMPLÉMENTAIRE.	SIÈGE.	SEXE.	DURÉE DE L'EXISTENCE. PRÉ-OPÉRATOIRE.	DURÉE DE L'EXISTENCE. POST-OPÉRATOIRE.
1896	Schiller*, III.....	1	»	Entérost.	Résect.	»	Op. plast.	D.	H.	6 m. 1/2.	16 mois.
—	— XVII.....	1	»	—	—	»	—	S.	F.	2-3 ans.	16 m. (Pér.†).
1897	Hahn*, III.....	»	1	—	— Murphy	Bronchite.	»	S.	F.	»	»
—	— IV.....	1	»	—	—	»	»	S.	F.	12 mois.	»
—	Hochenegg*, IV.....	1	»	Exposit.	Résect. ex.	»	Entérectomie 2r	A. spl.	H.	10 mois.	»
—	Marsh.....	1	»	—	—	»	— Murphy	S.	F.	»	7 mois.
1898	Compoint (Nélaton)* III	1	»	Entérost.	Résect.	»	»	A.	H.	6 mois.	10 mois.
—	— X	»	1	—	—	Péritonite.	»	C.	H.	3 ou 4 ans.	»
—	— (Segond) XV	1	»	—	—	»	»	T. T.	F.	»	Plus. m. †. (Accident.)
—	Steffens*, (Kümmel), XII	1	»	—	—	»	Laparot.		F.	»	25 mois †.
—	Storp.....	»	1	Entéroan. (Murphy.)	—	Péritonite.	»	A. hép.	H.	»	»
—	Treves.....	1	»	Entéroan.	—	»	»	S.	H.	»	18 mois.
1899	Darling.....	1	»	Entérost.	—	»	»	S.	F.	»	»
—	Battle.....	1	»	—	—	»	»	A. spl.	F.	»	»
—	Carlson* (inédite).....	1	»	—	—	»	»	S.	F.	»	»
1900	Caird (inédite), XII.....	1	»	A.lomb. E.	Résect. ex.	»	»	D.	H	»	10 m. O. I.
—	— — V. ...	»	1	Entérost.	Résect.	Collapsus.	»	?	F.	»	»
	TOTAUX...	30	6								

N. B. L'abréviation *Résect. ex.* signifie : Résection extra-abdominale. Le mot *Exposit.* ou la lettre E veulent dire luxation et fixation de la tumeur en dehors du ventre.

anatomiques : cancers petits et mobilisables; c'est surtout au niveau du côlon descendant et de la première portion de l'S iliaque que se rencontrent ces conditions.

Les *opérations complémentaires* sont donc le revers de la médaille des entérectomies en plusieurs temps. Remarquons cependant que l'entérostomie primitive y est moins sujette : on peut, ou bien guérir l'anus artificiel le même jour que l'on résèque le cancer, ou bien en entreprendre la cure ultérieure par de petites opérations plastiques. Dans un cas de Hahn (1897, IV), il se ferma presque spontanément. Par contre, dans celui de Schiller-Czerny (1896, XVII), il fallut rouvrir l'anus, à cause de la réapparition des phénomènes d'occlusion; la malade finit par mourir de péritonite, seize mois après sa résection. Une autre malade (Steffens) subit deux autres laparotomies pour des phénomènes douloureux ou occlusifs : on lui ouvrit, au total, cinq fois le ventre!

Le *bouton de Murphy* a été employé trois fois. Deux fois, il a été l'occasion de quelque désagrément. Dans un cas de Hahn (1897, III, la malade étant morte de bronchite, on trouva un début de sphacèle de l'intestin, en face du promontoire, contre lequel appuyait le bouton : il s'en serait peut-être suivi une péritonite par perforation. Dans le cas de Storp, où on avait fait une entéro-anastomose, le bouton tomba dans le cæcum (radiographie) et occasionna des douleurs; on en profita pour faire l'entérectomie, mais le malade mourut à la suite de cette dernière. Dans le troisième cas (Hahn, 1897, IV), on eut quelque peine à réunir les deux pièces du bouton à cause de l'épaisseur (hypertrophie musculeuse) de l'intestin, en amont du cancer.

c). *Influence du sexe.* — La supériorité du sexe féminin est ici du double.

Hommes.....	12 cas	3 morts ou 25	p. 100.
Femmes.....	24 —	3 — ou 12,5	—

On sera frappé aussi d'une chose : la supériorité numérique des femmes, dans ce groupe, alors que, partout ailleurs, elles sont moins nombreuses. Cette minorité masculine ne serait-elle pas due à ce qu'il n'y a guère que des péritoines féminins pour supporter tant de manipulations abdominales? On sait que, dans les publications, les morts ne parlent pas souvent. Cette remarque n'est peut-être pas si vaine et doit nous inspirer quelque réserve à l'égard du très beau pourcentage de ce groupe.

d). *Influence du siège* [1]. — On trouve :

Région cæcale	2 cas.	1 mort.
côlon ascendant	6 —	1 —
— transverse	7 —	1 —
— descendant	4 —	1 —
S iliaque	16 —	1 —
TOTAUX	35 —	5 —

On est frappé, ici, de la bénignité du cancer de l'S iliaque; mais, il faut se rappeler qu'un grand nombre ont été opérés par « exposition », ce qui implique une tumeur petite et mobile. De plus, ce qui fait une partie de sa gravité, c'est l'occlusion qui l'accompagne si souvent; elle absente, les résultats se relèvent aussitôt et l'opérateur ne se trouve plus alors qu'en face d'une tumeur généralement petite et peu adhérente.

En guise d'appendice, citons les cas de Keetley et d'Israel (1896). Le premier trouve un cancer cæcal d'origine valvulaire, plus une masse ganglionnaire iliaque : dans une première laparotomie, il extirpe l'intestin et dans une seconde, les ganglions; deux graves opérations, pour voir la malade succomber au marasme trois mois plus tard! Dans celui d'Israel, l'auteur fait une entérostomie : on ne sent rien dans l'abdomen et le diagnostic hésite, quand un petit cancer vient s'invaginer un jour, avec l'intestin qui le porte, à travers l'orifice de l'anus artificiel. Résection extra-abdominale. La malade, âgée de quatre-vingt-cinq ans, meurt, sans récidive, seize mois et demi après.

2° *Résultats éloignés*. — On trouve tout d'abord :

Mort de généralisation après 5 mois	1
— — 11 mois 1/2	1
Mort de récidive (?) après 25 mois	1
— — 35 —	1
Mort de péritonite après 16 mois	1
Mort d'occlusion intestinale après 10 mois	1
En voie de récidive après 6 mois	1
Cachectique, mais vivant, après 3 mois	1
Mort accidentelle (pas de récidive à l'autopsie après 16 mois 1/2)	1

La série des vivants et bien portants en compte [2] :

Après 3 mois	1
— 4 —	1
— 6 —	1
— 7 —	1
— 9 —	1
— 10 —	1
— 16 —	2
— 18 —	2
— 20 mois 1/2	1

1. Nous ne comptons pas ici la survie de l'obs. inéd. de Carlson (10 mois), qui nous est parvenue un peu trop tard.
2. Non indiqué dans un cas.

Une malade de Segond mourut accidentellement après « plusieurs mois » (*in* Compoint, 1898, XV); et un malade de Hahn (1894) était vivant depuis « plusieurs années ».

Avec notre calcul conventionnel de la *survie minima* et de l'*existence préopératoire*, on voit que *les opérations de ce groupe ont assuré aux malades* une existence totale de 22,6 mois, soit 10,1 avant et 12,5 après l'opération. La courte durée de l'existence préopératoire est due surtout aux cancers de l'S iliaque, coutumiers, comme on le sait, d'une longue latence, que l'occlusion intestinale vient assez brusquement interrompre.

XII. ENTÉRECTOMIES COMPLIQUÉES.

SOMMAIRE.

1° *Résultats immédiats.* — *a*). Grosse mortalité post-opératoire; *b*). Nature des complications; *c*). Causes de la mortalité post-opératoire : l'opération semblait contr'indiquée chez un grand nombre des malades de ce groupe; *d*). Remarques sur la technique; *e*). Suites opératoires; *f*). Influence du *siège* et du *sexe*.
2° *Résultats éloignés* : la proportion des récidives semble forte.

Par entérectomies compliquées, nous entendons celles qui se sont accompagnées de résections d'anses intestinales grêles adhérentes, de fistules stercorales, d'ovariotomies, de salpingectomies, de gastrectomies, etc.

1° *Résultats immédiats.* — *a*). *Mortalité opératoire.* — Sur 28 cas, il y a 13 morts ou 46,4 0/0. Si de la mortalité *littéraire* on passe à la mortalité *réelle* (statistiques intégrales ou semi-intégrales), le pourcentage monte à 53,8 0/0 (7 morts pour 13 cas).

b). *Nature des complications opératoires.* — On les trouve sommairement indiquées dans le Tableau X. Les unes tiennent à la fusion de la tumeur avec un viscère voisin (estomac, duodénum, foie, intestin, etc.) ou la paroi abdominale; les autres tiennent à l'ulcération fistuleuse du néoplasme ou à la concomitance d'une autre lésion (kystes de l'ovaire, salpingites).

c.) *Causes de la mortalité post-opératoire.* — Les 13 cas de mort se répartissent ainsi :

Collapsus	8
Péritonite par sutures insuffisantes	2
Péritonite (sutures bonnes)	1

Cercle vicieux [1] 1
Septicémie para-péritonéale (abcès et perforation de l'intestin 1

La grande mortalité opératoire de ce groupe pourrait être diminuée de deux façons : par un diagnostic localiste plus exact et par une hardiesse opératoire moindre. Les trop nombreux cas de collapsus prouvent que les forces du malade ont des limites, que le chirurgien le plus adroit ne peut franchir. Von Bergmann met 5 heures pour réséquer l'intestin, le pylore et une partie du duodénum, fondus dans des adhérences : faut-il s'étonner que le malade ait succombé une demi-heure après? Résultat presque semblable dans un cas analogue de Czerny (Rindfleisch, 1893, II) : l'opération n'avait plus duré que quatre heures.

On peut objecter à notre blâme indirect, que la situation anatomique ne se reconnaît que le ventre ouvert. Mais ne faut-il pas avoir la rage d'opérer pour attaquer, chez un sujet bronchitique et albuminurique, une tumeur peu mobile, qui réclame finalement l'extirpation du rein? [2] On peut répondre encore, que « le vin tiré, il faut le boire », et qu'il est parfois plus périlleux de s'arrêter à mi-chemin que d'aller de l'avant. Mais, que dire de celui qui trouve une grosse tumeur fixe, adhérente au foie, ouvre cependant le ventre, enlève tumeur, vésicule et fragment hépatique, tamponne et retamponne, ferme enfin le ventre après quatre heures d'opération, pour trouver à l'autopsie, myocardite, néphrite, hydronéphrose, noyau métastatique rénal, etc.? [3]

Si, dans beaucoup de cas, l'opération était à notre avis contr'indiquée — malgré les beaux succès de quelques audacieux —, elle était formellement indiquée dans la très curieuse observation inédite III de M. le prof. Lennander (d'Upsal). Il y avait un abcès, du péritonisme; l'intervention était le seul moyen de drainer, nettoyer l'abcès et de sauver la malade; et elle l'aurait certainement été, sans l'état pyohémique dans lequel elle se trouvait déjà [4].

d). En ce qui concerne la *technique*, nous n'avons rien de bien particulier à noter. Le bouton de Murphy, employé trois fois, n'a donné lieu à aucun incident. Les sutures furent insuffisantes dans un cas.

1. Dans ce cas (Tuffier-Dumont), la résection fut suivie d'une entéro-anastomose. Malheureusement, la difficulté de s'orienter dans le ventre fit que l'anastomose porta sur la même anse intestinale, en sorte que le cercle de la circulation alvine fut absolument occlus.
2. Graff, 1896, XV (Schede).
3. Heberlein (Helferich), 1897.
4. En effet, malgré la proximité du foyer purulent, l'autopsie montra l'absence complète de péritonite, en dehors du voisinage le plus immédiat de l'abcès.

TABLEAU X. — **Entérectomies compliquées** [1].

ANNÉE de la publication.	AUTEUR.	COMPLICATIONS OU PARTIES RÉSÉQUÉES AVEC L'INTESTIN.	GUÉRIS.	MORTS.	CAUSES DE LA MORT.	TECHNIQUE DE L'ENTÉRORRAPHIE.	DRAINAGE.	FISTULES.	ÉTAT CLINIQUE LORS DE L'OPÉRATION.	SIÈGE.	SEXE.	DURÉE DE L'EXISTENCE. PRÉ-OPÉRATOIRE.	DURÉE DE L'EXISTENCE. POST-OPÉRATOIRE.
1881	Kraussold.....	Fistules stercor.	»	1	Collaps.	Circul.	»	»	»	C.	H.	»	»
1882	Beger (Thiersch).....	Fistules multiples.	»	1	—	—	»	»	A froid.	A.hép.	H.	42 mois.	»
1883	von Wahl.....	Kyste derm. ovaire	1	»	»	—	»	»	»	A.	F.	Cancer secondaire.	Récidive après 1 mois.
1886	F. Lange*, II.....	Canc. des 2 ovaires	»	1	Pér. p. perf	»	»	»	Diarrhée.	T.	F.	24 mois.	»
—	E. Michel (v. Bergmann)	Invasion pylore et duodénum.	»	1	Collaps.	»	»	»	— (Cachexie)	T.	H.	6 mois.	»
1887	Eastman.....	Petit kyste ovaire.	1	»	»	Circul.	1	»	»	D.	F.	»	2 mois †. (Récid. ov.)
—	Küster.....	Résect. estomac.	?	?	»	»	»	»	A froid.	T	F.	»	»
1890	Kocher.....	Triple résect. int.	1	»	»	Circul.	1	1	—	S	H.	12 mois.	»
1892	Matlakowski*, II.....	Paroi cancéreuse. Abcès.	1	»	»	—	1	1	—	C	H.	6 mois.	4 mois.
1893	Rindfleisch* (Czerny), I	Double résect. intest.	1	»	»	—	1	1	—	S.	F.	4 mois.	6 mois †. (Récidive.)
—	— — II	Résect. duodén. et pancréas.	»	1	Collaps.	—	»	»	Constip.	C.	H.	48 mois.	»
—	— — V	Double résect. int.	»	1	Péritonite	—	»	»	Diarrhée.	T.	F.	10 mois.	»
1894	Becker*, XXIII.....	—	1	»	»	—	»	1	»	S.	F.	24 mois.	27 mois.
—	Sendler.....	Résect. de la paroi abd.	1	»	»	—	»	1	»	T.	F.	»	5 mois.
1895	Finet (Chaput), Obs. 357	2 Salpingectomie	1	»	»	Abouchement de l'intestin à la peau.	»	»	Diarrhée.	S.	F.	72 mois.	Succombe à entér. pour cure anus artificiel.
-	Körte*, V.....	Fistule abdom.	1	»	»	Circul.	1	»	Obstr. lég.	C	H.	3 mois.?	9 mois. (Récidive ?)

1. Les tirets ( ) veulent dire Idem.

TABLEAU X (Suite).

Année de la publication.	Auteur.	Complications ou parties réséquées avec l'intestin.	Guéris.	Morts.	Causes de la mort.	Technique de l'entérorraphie.	Drainage.	Fistules.	État clinique lors de l'opération.	Siège.	Sexe.	Durée de l'existence. Pré-opératoire.	Durée de l'existence. Post-opératoire.
1896	Graff*, XV.....	Néphrectomie.	»	1	Collaps.	Murphy.	1	»	Bronchite (Albumin)	A.	H.	12 mois.	»
—	— XX.....	Fistules stercor.	1	»	»	—	»	»	Diarrhée.	C.	H.	12 mois.	Va bien depuis. (P. de dates.)
1897	Cripps*, II.....	Double résect int.	»	1	Collaps.	Circul.	»	»	Constip.	T.	H.	8 mois.	»
—	Glass.....	Sarcôme annexes	1	»	»	Murphy.	»	»	Crises.	D.	F.	15 mois.	9 mois.
—	Heberlein (Helferich)...	Résect. du foie.	»	1	Collaps.	Impl. en T.	1	»	Constip.	A.	H.	»	»
1898	Frantzke* (Vassilievf) II	Tripl. résect. int.	»	1	—	Circul.	»	»	—	C.	H.	12 mois.	»
—	Laubie et Carles.....	Double résect. int.	1	»	»	—	«	1	»	T.	F.	12 mois.	»
—	Tuffier-Dumont.....	Résect vessie.	»	1	Cercle vic. d'anastom.	—	»	»	»	S.	F.	4 mois.	»
1899	Van der Hœven.....	Double résect. int.	1	»	»	—	»	1	Diarrhée.	A.	F.	12 mois.	12 mois.
—	A. Pollosson.....	Triple résect. int.	»	1	Pér. sterc.	—	»	»	A froid.	T.	H.	»	»
—	Schwyzer.....	Résect. part. estom. et pancréas.	1	»	»	—	nié	»	Constip.	»	H.	24 mois.	»
1900	Lennander* (inéd.), I.	Résect. paroi abd.	1	»	»	—	»	1	»	T.	F.	»	74 mois.
—	— III.	Abcès et perforat. de l'intestin.	»	1	Septicémie.	Impl. en T.	1	»	Péritonite	A.	F.	10 ans.	»
		Totaux.....	15	13									

Trois malades seulement, sur 8 drainés ou tamponnés, sont morts : le drainage n'a donc pas été inutile, vu surtout la gravité des cas; nous voyons, d'autre part, des *fistules stercorales* se montrer chez 5 malades, qui n'avaient pas été sûrement ou vraisemblablement drainés.

Les cas de fistules ou d'adhérences pariétales demandent une technique un peu spéciale. Nous reparlerons des premières. Quant aux secondes, elles obligent à emporter une partie de la paroi abdominale, dont la fermeture peut devenir alors un véritable problème. Dans le cas de Matlakowsky, on ne put qu'affronter la peau. Nous renvoyons à la belle observation I du prof. Lennander[1], pour voir comment, en disséquant le péritoine, en modelant l'épiploon, en faisant glisser les muscles ou leurs gaînes, en débridant la peau, on peut arriver à fermer d'énormes brèches.

e). *Suites opératoires.* — Dans les suites opératoires, nous voyons une fistule stercorale se transformant en véritable anus artificiel (rétrécissement? récidive?), et une légère procidence d'une anse suturée et fixée à la peau (Laubie et Carles, 1898; Kocher, 1890). Deux cas furent assez malheureux : une malade, guérie de sa résection, par abouchement de l'intestin à la peau, succombe à une entérectomie dirigée contre son anus artificiel (Finet-Chaput); et une autre d'Eastman, opérée avec succès pour un cancer de l'intestin et un petit kyste ovarique, meurt, deux mois après, d'une récidive dans le *pédicule ovarique.*

Enfin, dans le cas déjà cité du prof. Lennander (obs. inéd. I), une opération plastique fut nécessaire pour achever de restaurer la paroi abdominale : résultat excellent.

f). Pour être complet et suivre le plan adopté jusqu'ici, nous indiquons ci-dessous le groupement des cas d'après le *sexe* et le *siège.*

SEXE

Hommes	14 cas	9 morts	ou 64,2 p. 100.
Femmes	14 —	4 —	ou 28,5 p. 100.

SIÈGE (non indiqué dans un cas).

Région cæcale	7 cas.	4 morts.
Côlon ascendant	5 —	3 —
— transverse	9 —	4 —
— descendant	2 —	» —
S iliaque	4 —	1 —
TOTAUX	27 —	12 —

1. Voir observations inédites à la fin de ce mémoire.

2° *Résultats éloignés.* — On peut les grouper ainsi qu'il suit :

RÉCIDIVE :

Après	1 mois	1 (encore vivant),
—	2 —	1 (mort).
—	6 —	1 (mort).

VIVANT :

Après	4 mois	1
—	5 —	1
—	9 —	2 (dont 1 en voie de récidive probable).
—	12 —	1
—	27 —	1
—	74 —	1 (Lennander).

Sur 10 malades plus ou moins suivis, il y a donc 4 récidives avérées ou probables : ce fait confirme que les cas de ce groupe sont opérés un peu « in extremis ».

Avec notre mode de calcul conventionnel, on peut dire que dans ce groupe la moyenne de l'*existence pré-opératoire* est de 17,6 mois[1] et celle de l'*existence post-opératoire* de 14,9, soit une durée totale de 32,5 mois.

XIII. ENTÉRECTOMIE PAR LES VOIES NATURELLES.

L'entérectomie par voie rectale ou vaginale ne répond qu'à des situations tout à fait exceptionnelles : invagination d'un cancer de l'S iliaque à travers le rectum ou sa procidence dans un cul-de-sac vaginal.

Nous ne pensons même pas que cette voie vaginale soit jamais choisie de parti pris : la seule fois où elle le fut, ce fut grâce à une erreur de diagnostic — fort naturelle — : on avait cru à une salpingite[2].

La voie rectale est au contraire tout indiquée, quand le néoplasme est en prolapsus ou qu'il se laisse facilement attirer. On profite de l'invagination pour suturer les parois intestinales — accolées *ipso facto* —, *et avant de réséquer la tumeur.* La tumeur enlevée, les deux muqueuses[3] sont affrontées et suturées : on a donc réalisé,

1. Nous laissons de côté le cas de Lennander (obs. III) où les troubles fonctionnels remontaient à *dix ans.*
2. Finet (Bazy), 1896, obs. 358.
3. De l'invaginans et de l'invaginatum.

sans grande difficulté, deux plans de suture : un premier, muco-péritonéal, et un second, muco-muqueux.

L'opération finie, quelques auteurs réduisent immédiatement : il vaut mieux, semble-t-il (Kulenkampf, 1886; König, 1890, VI), ne réduire que secondairement ou ne réduire qu'à moitié, et placer un gros drain dans le rectum jusqu'au-dessus de l'invagination. Cette conduite permet de garder à proximité la plaie intestinale, qui est aussi, on le comprend bien, une plaie péritonéale, de ne pas tirailler les sutures et de préparer l'adhérence des surfaces péritonéales. Et il devient alors inutile d'aller ouvrir le ventre pour s'assurer que la suture est bonne du côté du péritoine (Brunner, 1899).

Dans les cas où le prolapsus ne pourrait être attiré assez bas pour être opéré à découvert, on ferait la rectotomie (Verneuil-Broca, 1886; Bardenheuer), ou même un véritable Kraske (König, VI). Dans le cas de Nicolaysen, le bout supérieur de l'intestin fut fixé à la peau, en manière d'anus sacré : le cancer avait envahi la partie supérieure du rectum et la suture était impossible.

Deux fois ces résections par voie ano-rectale ont été suivies d'occlusion intestinale, ce qui est dû au gonflement de la région suturée, d'où l'utilité d'un gros tube rectal. La malade de Symonds succomba, et, chez celle de Kulenkampf, il fallut en venir à l'entérostomie.

Sur les 10 malades de ce petit groupe, il y a eu 2 morts opératoires (non compris le cas de Symonds), soit 20 0/0 *de mortalité*. Les 2 morts (Ström, Verneuil) furent dues à l'insuffisance ou l'exécution défectueuse de la suture (péritonite stercorale), ou encore à la désinfection insuffisante du canal rectal, condition de première importance, comme cela se comprend.

Au point de vue des survies on trouve :

Vivant après 6 mois	1
— 13 —	1
Mort sans récidive après 6 ans[1]	1

Observations. — Nicolaysen, 1882; Ström, 1885; Broca (Verneuil), 1886; Kulenkampf, 1886; Bardenheuer, 1887; König, 1890, VI; Nicolaysen, cité par Bloch, 1892, p. 17, n° 8; Symonds, 1893; Verneuil, 1896; Brunner, 1899.

1. La survie de ce cas (König, 1890, VI) est donnée par l'auteur in *Berl. klin. Woch.*, 1899, n° 11, p. 239). Le malade s'était constitué, par reconnaissance, le pourvoyeur de cigares de son illustre chirurgien.

RÉSULTATS D'ENSEMBLE DE L'ENTÉRECTOMIE.

Aux tableaux que nous avons dressés, nous joignons les statistiques publiées par quelques auteurs, mais dont les observations n'ont pas été publiées ou nous sont inconnues.

	STATISTIQUES					
	LITTÉRAIRE.			INTÉGRALES ET SEMI-INTÉGRALES.		
	Cas.	Morts.	0/0.	Cas.	Morts.	0/0.
Entérectomies simples	171	54	31,5	104	40	38,4
— avec anus artif.	38	14	36,8	13	7	53,8
— en plusieurs temps	36	6	16,6	17	3	17,6
— compliquées	28	13	46,4	13	7	53,8
— par les voies naturelles	9	3	33,3	1	»	»
Brenner	2	1	»	2	1	»
Bramann	14	8	57,6	14	8	57,6
Güssenbauer	13	5	38,4	13	5	38,4
Kocher	24	6	25,0	24	6	25.0
Gallet	3	1	»	3	1	»
Rehn	4	2	»	4	2	»
van Iterson	2	»	»	2	»	»
Sörensen (E. Hahn)	2	»	»	2	»	»
TOTAUX	346	113	32,6	212	80	37,7

Dans les conditions, où elle a été faite jusqu'ici, l'entérectomie en général donne donc une *mortalité de 38 0/0 au moins*. Ce résultat serait bien peu encourageant — surtout pour des cancers —, si nous ne savions qu'il y a et qu'il doit y avoir beaucoup mieux : le principal est de trier les cas et de ne pas établir, comme on l'a un peu fait, une équation forcée entre les deux termes: cancer = entérectomie.

Pour essayer d'être complet, remarquons que Sörensen dit, que la récidive s'est produite dans l'année pour les deux cas de E. Hahn. Par contre, sur ses 8 opérés guéris, von Bramann accusait 1 mort au bout d'un an (généralisation) et 7 survies datant respectivement de un an (1), deux ans (2), trois ans (1), quatre ans (2), six ans (1). Körte cite encore deux malades vivants et restés guéris depuis six ans et demi et cinq ans et demi [1].

1. Ayant plusieurs observations de Körte, nous ne savons de quels malades il s'agit là. Les indic. bibliogr. des statistiques ajoutées sont les suivantes : Brenner (1895, voir notre Index, *in fine*), p. 769, n°. 1. — Bramann, Güssenbauer, Körte, *Congrès All. de Chir.*, in *Berl. klin. Woch.*, 1898, n° 18, p. 408. — Kocher,

Rehn (de Francfort) avait ses deux opérés vivants et bien portants six ans et dix ans après leur entérectomie respective.

Appendice. — Laparotomies exploratrices.

Comme nous l'avons démontré ailleurs[1], les laparotomies exploratrices chez les cancéreux, ne peuvent pas être considérées comme une opération absolument indifférente. Ici, cependant, sauf 1 cas, il est difficile de dire que la fin du malade en a été précipitée. Sur 21 cas, que nous ayons réuni, il y a 6 morts : elles se décomposent ainsi :

Laparotomie en pleine OI : obstacle introuvable : 1.

Intestin déchiré au cours des manœuvres exploratrices : 1.

Mort au moment de l'ouverture du ventre (OI) : 1.

Malade très épuisé : 1.

Malade sortie de l'hôpital quatre jours après la laparotomie : 1.

Abcès de l'aine, épuisement : 1.

Par contre, la simple laparotomie, par une action assez mystérieuse, soulagea le malade dans 3 cas (Gratien, André, Rubenthaler), et même fit disparaître les accidents d'occlusion dans un quatrième (Decker).

Dans deux cas[2], il se produisit, à la suite de la laparotomie, un abcès (de la cicatrice pour l'un, de l'aine, pour l'autre). Mais nous avons dit à propos des abcès para-néoplasiques, pourquoi nous ne pensons pas qu'on doive incriminer la laparotomie.

On peut donc dire, qu'*à la condition d'être strictement exploratrice* — et non libératrice[3] — la laparotomie sera sans danger. Elle semble d'ailleurs sans influence aggravante sur l'évolution ultime du cancer, puisque nous voyons certains malades vivre encore 12 mois (König, X), 20 mois (Rubenthaler), 24 mois (Tillmann).

Observations. — Decker, 1880; Riedel, 1886; König, 1890, VIII, X, XI; Thiéry (Ricard), 1890; Routier, 1890; Obalinsky, 1894, L; Tillmann, 1895; Gratien (Boiffin), 1895; Adam, 1895, I, II; Lavisé, 1895; Löbker, 1895; Morris, 1895; Rubenthaler, 1895; Ruepp, 1895,

Brit. med. Assoc., 1898, in *Lancet*. — Gallet, *Congrès fr. Chir.*, 1898. — van Iterson, *Congrès intern. Moscou*, 1897. — Rehn, *Congrès All. de Chir.*, 1890, in *Sem. méd.* 1890, n° 17, p. 135.

1. *Gaz. des Hôp.*, 1898. De l'influence curative ou palliative des laparotomies exploratrices.

2. Gratien (Boiffin), 1895; Lavisé, 1895.

3. C'est-à-dire, si elle ne dissocie ou ne libère pas trop les adhérences ou le néoplasme.

III, IV; André, 1897 (Reboul); Küttner, 1897; Lardennois et Aguinet, 1899.

II. Comparaison entre la valeur absolue des différentes méthodes chirurgicales.

Par *valeur absolue*, s'il en existe, on peut entendre la somme d'existence totale qu'une méthode peut assurer aux cancéreux de l'intestin.

En principe, la comparaison doit nous être facile, car nous n'avons plus qu'à aligner les chiffres de mortalité et d'existence pré et post-opératoire, que nous avons déjà calculés. Comme base de la mortalité, nous prendrons ce que nous avons appelé la *mortalité réelle* : elle est sans doute un peu *au-dessous de la moyenne de ces vingt dernières années*, mais elle est assez homogène pour être comparée de groupe à groupe.

Les durées d'*existence pré-opératoire*, nous le répétons, ne visent et ne peuvent viser que les *débuts apparents*.

L'*existence post-operatoire* n'a pu être calculée de la même façon pour les méthodes palliatives et curatives, mais nous en tiendrons compte.

	MORTALITÉ. P. 100	EXISTENCE[1]. PRÉ-OPÉRATOIRE.	EXISTENCE[1]. POST-OPÉRATOIRE.
A. *Méthodes palliatives* :			
Entérostomie	38,5	11,5	10,1
Entéro-anastomose	37,6	14,8	6,4
B. *Méthodes radicales*[2] :			
Entérectomies simples	38,4	13,7	19,3
— en plusieurs temps	17,6	10,1	12,5
— suivies d'anus artif.	53,8	14,9	23,2[3]
— compliquées	53,8	17,6	14,9

1. Elle est donnée en mois pour les unités.
2. Nous laissons les entérectomies par les voies naturelles, qui répondent à des indications trop restreintes.
3. On se rappelle que cette énorme survie est en partie due au cas de Güssenbauer, suivi pendant 17 ans.

D'après ce tableau, on serait tenté de conclure : 1° que l'entéros-

tomie, l'entéro-anastomose et les résections simples se valent à peu près au point de vue mortalité; 2° que l'anastomose et l'anus artificiel se valent au point de vue de la longévité totale; 3° que l'entérectomie, enfin, assure aux opérés, dans tous les cas, une longévité bien supérieure à celle des opérations palliatives, car la survie indiquée ci-dessus est une *survie minima,* dont on se rappelle peut-être le calcul.

Telles sont les conclusions qu'un examen mathématique ferait tirer du tableau précédent. Or, de ces trois conclusions, *la première est absolument fausse, la seconde l'est à moitié et la troisième mérite des réserves.* C'est un exemple bien frappant de la bonne foi avec laquelle on se trouve trompé à coups de statistiques.

Première proposition : l'anus artificiel, l'entérectomie et l'anastomose se valent au point de vue mortalité. — C'est absolument faux : en effet, les trois opérations se sont adressées en général, comme nous l'avons démontré, à trois catégories de malades, absolument différentes :

L'anus artificiel à des occlusifs;

L'anastomose à des obstructions légères ou nulles;

L'entérectomie à des sujets généralement à froid.

Or, si l'on se rappelle qu'un énorme facteur de succès est l'état de vacuité de l'intestin, il faut dire au contraire, que l'anus artificiel est la plus bénigne des trois opérations, puis l'anastomose, et enfin l'entérectomie [1].

Deuxième proposition : l'anus artificiel et l'anastomose se valent au point de vue de la longévité totale. — Cette proposition, vraie en arithmétique, est en partie fausse en clinique. En effet, les cancers entérostomisés sont surtout les squirrhes de l'S iliaque : leur début apparent est tardif; et leur existence pré-opératoire *apparente,* qui est la plus courte, est sans doute en réalité la plus longue. La supériorité de leur durée post-opératoire reste donc entière par rapport à l'anastomose. Et si de tels malades vivent alors plus longtemps que les anastomosés, cela dépend probablement et de la nature de leur cancer et *du repos plus complet que l'anus artificiel donne au néoplasme.*

Troisième proposition : L'entérectomie assure une longévité bien supérieure à celle des opérations palliatives. — Ceci est indiscutable; mais, si elle en tue davantage, a-t-on *le droit* de la pratiquer systématiquement? C'est à cette question que nous essaierons de répondre tantôt.

1. C'est une vérité de La Palisse, qu'on nous passe le mot. Bien des auteurs, et non des moindres, n'ont pas l'air cependant de la saisir.

Mais, comme on le voit, en somme, et comme c'était facile à prévoir, *il n'y a pas de valeur ou de supériorité absolue* de telle ou telle méthode : chacune ne vaut que par les cas cliniques auxquels on l'applique.

Autrement dit, il faut discuter *la valeur relative*, ou les *indications opératoires*.

Mais, avant, il faut nous demander si les *entérectomies en plusieurs temps* ne méritent pas qu'on délaisse pour elles tous les autres procédés, puisqu'elles semblent réaliser le minimum de mortalité, avec une longévité supérieure, au moins à celle des opérations palliatives.

Nous croyons que *cette supériorité des entérectomies en plusieurs temps n'est qu'apparente*. Si l'on veut se livrer à un petit calcul, que nous avons fait, et qui consiste : 1° à donner par la pensée à ce groupe une proportion de sujets masculins égale à celle des entérectomies simples; 2° à retrancher à celles-ci tous les cas à occlusion intestinale avec les morts correspondantes; et 3° à retrancher encore une certaine quantité de cas suivis de morts par collapsus ou shock, de façon à ce que la proportion des cas graves soit à peu près pareille — après cette triple opération, disons-nous, on voit que les deux séries ont à peu près la même mortalité; elle est déjà presque pareille après le 1° et le 2°; l'avantage reste aux entérectomies simples après le 3°. Mais, qui veut trop prouver ne prouve rien; nous nous contentons donc de la première et de la deuxième condition, qui sont absolument de bonne guerre.

Il n'y a donc pas d'avantage à opérer en plusieurs temps, si l'on peut opérer à froid, c'est-à-dire sur un intestin vide ou vidé. La bénignité des résections en plusieurs temps est donc apparente : elles la doivent à la vacuité parfaite du tube digestif. Et n'oublions pas, comme nous l'avons dit, que l'un des deux procédés en plusieurs temps (exposition + résection) n'est possible ou prudent que dans un très petit nombre de cas (mobilité de la tumeur, petit volume et absence de ganglions mésentériques).

III. Indications opératoires et choix des procédés.

La clinique ne peut donc se discuter par l'arithmétique et il faut examiner quelle est la situation des malades. Or, le cancéreux de l'intestin se présente dans trois conditions différentes :

A froid;

A demi-froid;

En état d'occlusion ou d'obstruction aiguë.

Pour ces derniers, il y a une indication vitale à remplir : le rétablissement de la circulation alvine. Or, nous n'avons cessé de répéter, avec preuves à l'appui, qu'en pareille occurrence toute opération intra-abdominale plus ou moins compliquée (entéro-anastomose, entérectomie), doit être formellement proscrite[1]. *Nous n'avons donc qu'une seule chose à faire : l'entérostomie.* Et celle-ci donne encore, dans ces conditions, une terrible mortalité : 40 0/0 probablement. Mais, cette mortalité pourrait être bien abaissée si les médecins n'attendaient généralement le tardif vomissement fécaloïde !

A demi froid, c'est-à-dire chez les sujets constipés, douloureux, à crises obstructives alternantes, etc., il faut essayer d'abord de remettre son malade *à froid*. Purgatifs légers ou fractionnés, lavements hauts, régime, tout sera employé dans ce but. Mais il ne faut pas, en ce faisant, s'endormir dans la trompeuse sécurité que donnent des selles parfois très abondantes : il ne s'agit bien souvent que de regorgement. Donc, si le traitement médical n'amène bientôt une amélioration, si l'obstruction est ancienne, le ventre toujours ballonné, il faut opérer. Mais *cette opération ne devra être encore que palliative.*

On a le choix, cette fois, entre l'anastomose et l'anus artificiel. On préférera le dernier, si le cancer est bas placé (S iliaque), ou si l'on espère intervenir ultérieurement par la résection. Si le néoplasme ne paraît pas extirpable, si l'état général est assez bon, *l'obstruction très peu marquée*, on pourrait préférer l'anastomose, qui évite une infirmité pénible. Mais, nous avouons que nous ne conseillons l'anastomose qu'avec les plus grandes réserves : elle est plus difficile et plus grave que l'anus artificiel[2], elle expose au shock abdominal; les sutures ou le Murphy peuvent céder ou gangrener, et tout cela nous semble bien risqué pour, en définitive, laisser un cancer. E. Hahn[3], il est vrai, a eu 4 guérisons sur 4 cas d'entéro-anastomose et cela parfois en pleine occlusion intestinale. On n'a qu'à consulter notre tableau des entéro-anastomoses pour trouver aussi de beaux succès. Mais nous écrivons pour la majorité des chirurgiens, qui ne peuvent se flatter d'avoir une telle abondance de chirurgie intestinale qu'ils y gagnent une dextérité à peu près infaillible. Quant à l'*exclu-*

1. Les exceptions confirment la règle : l'adresse ou la chance de tel ou tel opérateur ne doit point nous faire oublier la loi commune.

2. Voir le chapitre précédent.

3. In Sörensen. *Ueber einige Fälle von stenosirenden Darmcarcinomen* (*Deut. med. Woch.*, 1899, n° 42) *(Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins)*.

sion, surtout totale, nous avons dit pourquoi nous n'en voulions pas.

On dit souvent dans les Sociétés savantes, les traités ou les monographies, que l'anus artificiel est une infirmité dégoûtante, et que la mort est préférable; certains sont allés jusqu'à dire, qu'ils ne pardonneraient jamais au chirurgien qui les gratifierait d'une pareille misère. C'est sans doute la conviction intime de ceux qui le disent; mais, cette conviction est purement subjective. Et, pour notre part, pris entre l'occlusion ou la résection, nous demanderions le salut à l'entérostomie. Notre opinion est celle du bûcheron de la fable : cul-de-jatte si l'on veut, mais, en somme, la vie! Et nous croyons que beaucoup de gens pensent comme nous.

A froid, les conditions changent. L'entérectomie devient possible et discutable. Sa *mortalité réelle*[1] est tombée, depuis 1889, à *35,3 0/0 dans les cas relativement simples*. Ce chiffre de 35,3 0/0 représente-t-il le dernier terme du progrès? Non, heureusement. Voici, en effet, les chiffres de quatre de nos maîtres ou confrères, qui nous ont confié leurs statistiques et observations.

Professeur Lennander (d'Upsal).....	4 cas.	1 mort.
Professeur Borelius (de Lund).....	3 —	» —
Docteur Carlson (de Göteborg).....	4 —	1 —
Docteur Caird (d'Edimbourg).....	9 —	3 —
TOTAUX	20 —	5 —

Ces 20 cas concernent des cancers de gravité extrêmement variée : ils ne donnent cependant que 25 0/0 de mortalité. Kocher (de Berne), à la British med. Assoc. de 1898, n'accusait aussi que 25 0/0 sur 24 cas.

Mais le chiffre de 25 0/0 n'est-il pas réductible encore? Il l'est très certainement. Le cas de mort du prof. Lennander est dû à une septicémie *pré-opératoire*, engendrée par la perforation du néoplasme[2]; ceux du Dr Carlson et du Dr Caird sont dus à ce que nos distingués confrères se laissèrent un peu entraîner par leur tempérament chirurgical et ont opéré, l'un, en pleine occlusion intestinale, l'autre, en une période de stercorémie probable. Il ne reste plus que 2 morts, imputables respectivement à l'œdème du poumon et à la gangrène de l'intestin. Ces 2 derniers cas étaient très compliqués (Caird).

On voit donc qu'avec un soin judicieux des malades et l'apprécia-

1. Et probablement, *absolument réelle*, puisque ce chiffre n'a été calculé qu'avec des *statistiques intégrales*.

2. C'était donc de la thérapeutique *symptomatique* et non *curative* de parti pris.

tion des conditions cliniques, la mortalité de l'entérectomie, entre des mains expérimentées, tomberait peut-être, tous risques compris[1], à 10 0/0. Mais, pour cela, il faut certainement renoncer aux prouesses opératoires, aux ablations simultanées de foie, de reins, d'estomac, etc... !

Mais, dira-t-on, *à froid*, l'anus artificiel serait encore bien moins grave que l'entérectomie.

C'est très évidemment et absolument vrai. Et nous avouons que, si le problème se posait ainsi, nous serions bien embarrassé : nous hésiterions entre la guérison opératoire à peu près certaine et la survie modeste de l'entérostomie, d'une part ; la guérison plus douteuse, mais la survie plus longue de l'entérectomie, d'autre part.

Mais, dans la réalité, le problème ne se pose pour ainsi dire jamais ainsi. Un malade non rétentionniste, et *à froid*, n'aura nulle envie d'aller s'affliger d'une infirmité, pour se garantir d'une occlusion intestinale possible. Souvent par contre, ce malade dit *à froid*, souffre, maigrit, a eu des crises, offre une tumeur dans le ventre ; bref, il se sent plus ou moins condamné. Il n'est point assez gêné, au point de vue fonctionnel, pour réclamer une boutonnière intestinale, mais il se voit assez menacé dans son existence, pour songer qu'une détermination hardie puisse être prise. Un tel malade, *en admettant qu'il soit dans les conditions anatomiques ou cliniques que nous réclamons*, ne reculera peut-être pas devant une mortalité de 10 0/0.

Le chirurgien est donc en droit de recourir à l'entérectomie, *dans certains cas particuliers*, car l'appliquer systématiquement, comme on l'a peut-être fait quelquefois, ce n'est plus de la chirurgie, c'est de l'expérimentation.

Reste à savoir à quelle *méthode d'entérectomie* on donnera la préférence. Nous avons vu qu'*aboucher l'intestin à la peau* n'était qu'un pis-aller : en n'outrepassant pas les indications anatomiques ou cliniques, cette méthode tendra à disparaître. *Luxer, puis réséquer la tumeur* est facile, élégant, peu dangereux ; mais nous avons dit que ce n'est pas à conseiller, ni à faire dans tous les cas. *L'établissement préliminaire d'un anus contre nature* donne une grande sécurité, à cause de la vacuité parfaite de l'intestin et du calme péritonéal qu'il garantit. On agira donc ainsi, toutes les fois qu'on ne pourra vider complètement le tube intestinal avant une entérectomie. Dans le cas contraire, on peut et on doit même s'en passer, car la fistule intestinale donnerait une chance de plus d'infecter la séreuse au cours de l'opération radicale.

1. Même ceux qui ne relèvent pas de la zone opératoire.

Quant à la condition anatomo-clinique requise, avant de tenter l'extirpation d'un cancer intestinal, c'est sa *mobilité franche*.

Si enfin l'état général permet d'espérer l'entérectomie, mais qu'après ouverture du ventre, elle paraît trop risquée, on sera pleinement en droit de prévenir l'occlusion intestinale par l'*entéro-anastomose*.

Les *contr'indications* opératoires se déduisent assez facilement de ce que nous venons de dire à propos des indications et du choix des procédés. Il faut retenir surtout celles qui visent l'occlusion intestinale, les lésions anatomiques supposées ou évidentes (fixité, adhérences pariétales étendues, clapiers purulents), la cachexie trop marquée. Celle-ci est malheureusement très difficile à apprécier, vu l'état de dénutrition du cancéreux de l'intestin. L'albumine, le diabète, les souffles cardiaques, quand ils sont légers et ne paraissent pas commandés par l'énormité du néoplasme ou la dégénérescence cachectique des viscères, peuvent ne pas nuire au succès [1].

IV. Manuel opératoire.

Nous n'avons pas l'intention de traiter cette question à fond : elle l'est dans des ouvrages spéciaux, auxquels nous ne pouvons que renvoyer. Notre intention est seulement de résumer et rappeler quelques points nous ayant frappé ou en relation avec le sujet : c'est en somme, la conclusion des remarques techniques que nous avons ajoutées à l'étude de chaque procédé.

1° Entérostomie. — Toutes les fois qu'on fait une entérostomie pour un cas supposé cancer, il faut obtenir un anus permanent, c'est-à-dire, à fort éperon. Un anus *saillant* n'est pas un inconvénient, car il donne la possibilité d'appliquer un appareil à réservoir, comme celui d'Hermann Cordua [2], au lieu de la classique pelote.

Nous avons dit que, dans la mesure du possible, l'anus doit être établi d'*emblée*, sans laparotomie exploratrice préalable : l'opération est moins grave, et c'est à considérer chez des cancéreux et, qui plus est, des cancéreux en état d'occlusion.

Le procédé Maydl-Reclus nous paraît le meilleur, soit pour obtenir un anus artificiel permanent, soit pour prévenir certaines complications : chute de l'anse dans le ventre, phlegmon pariétal et

1. Keetley, 1896, III; Schiller, 1896, V, VI; Sidney Jones, 1885; Kummer, 1898; Gilford, 1893.
2. H. Cordua, 1899. L'appareil rappelle l'urinal de caoutchouc pour incontinence d'urine.

stercoral, mais il est bon d'ajouter une ou deux couronnes de sutures en surjet.

A l'instar de Paul[1], nous mettons toujours un gros tube dans le bout supérieur, afin de conduire les matières, si possible, loin de la plaie, et surtout pour prévenir la paralysie intestinale. Paul ajoute à ce tube un siphon ou aspirateur et cette conduite ne peut être que recommandable.

On pourrait, afin d'empêcher la souillure de la plaie, fabriquer un tube inclus dans une poire de caoutchouc en forme de sablier. L'appareil serait introduit dégonflé : une fois en place, et l'air insufflé, l'étranglement serait dans l'orifice, et les parties renflées, l'une dans l'intestin, l'autre à l'extérieur. Le tube traversant la poire servirait à drainer ou aspirer le contenu intestinal[2].

L'opération, par la force des choses, sera le plus souvent exécutée *en un temps*.

2° Entéro-anastomose. — Nous n'avons rien de bien spécial à en dire, sinon qu'elle est difficile, quand le cancer occupe l'S iliaque, et qu'on pourrait alors recourir avec avantage au procédé de Lardennois (décrit plus haut[3]); il s'exécute avec un bouton, car il est réellement difficile de faire des sutures à cette profondeur. Par contre, le bouton anastomotique tombe quelquefois du côté du cancer et non du côté du rectum et n'est pas alors expulsé; des accidents ou des douleurs peuvent en être la conséquence. On choisit généralement le bouton quand il y a intérêt à faire vite, en raison de l'état général; mais alors, comme nous l'avons dit, il est plus prudent de se contenter de l'anus artificiel.

3° Entérectomies. — *a*). *Préparation du malade.* — Elle a pour but de vider l'intestin : le contenu intestinal en sera moins dangereux pour le péritoine, moins gênant pour l'opérateur, moins toxique pour le malade. C'est ici qu'il faut « purgare » et « repurgare » : les doses fractionnées d'huile de ricin (Boiffin, in *Diet*, 1895), de calomel (Lennander) seront préférées chez ceux qui offrent quelque obstruction et qu'une purge massive ferait cruellement souffrir, si même elle ne leur valait pas une attaque d'occlusion aiguë[4]. Les lavements élevés simples ou purgatifs viendront en aide. Diète lactée et antisepsie intestinale.

b). *Anesthésie.* — A l'heure qu'il est on donne la préférence à

1. F.-T. Paul. *An improvement in colotomy* (*Lancet*, 11 juin 1898, p. 1605).
2. Un chirurgien, hongrois ou galicien, pensons-nous, a fait récemment quelque chose de pareil pour la cystostomie sus-pubienne.
3. Voir *Entéro-anastomoses*.
4. Voir *Symptômes* (*Débuts*).

l'anesthésie éthérée ou mixte, sauf contr'indications, quand il s'agit d'une opération abdominale sérieuse. Van Iterson[1], van der Hœven (1899) opèrent ou ont opéré à la cocaïne : le premier par principe, le second par nécessité, son malade étant trop affaibli. Nous n'osons pas recommander cette manière de faire, d'autant moins que, si le sujet ne peut supporter le chloroforme, nous doutons qu'il puisse, en thèse générale, supporter ou *valoir* les risques d'une entérectomie.

c). *Opération. — S'il y a des fistules ou un anus artificiel*, il faut commencer par les gratter et les désinfecter du mieux qu'on peut; on a ensuite, d'après Salzer[2], trois manières d'agir à sa disposition : 1° inciser aux extrémités des fistules, pincer l'intestin sain, réséquer et suturer; 2° ouvrir le ventre au-dessus des fistules, en paroi saine, et prier un assistant de se tenir prêt à tamponner, dès qu'on commence à ouvrir les trajets fistuleux; 3° suturer les fistules et enlever le tout comme on enlève une tumeur. Ce dernier procédé est le plus sûr, le plus aseptique, mais il n'est guère possible que s'il n'y a qu'une fistule ou plusieurs, réunies très près les unes des autres. Il est vrai que nous ne saurions — malgré de très brillants et même durables succès[3] — exhorter le chirurgien à s'en prendre aux tumeurs ayant déjà envahi les parois avec ou sans formation de fistules. Il y a trop de dangers à courir pour un résultat trop incertain[4].

Lieu de la laparotomie. — La plupart des chirurgiens, sentant le besoin d'y voir clair et de manœuvrer à l'aise, ont incisé l'abdomen *sur la tumeur*, qu'elle fût latérale ou médiane. La réfection de la paroi dans le premier cas, exige un peu plus de soin et de temps, mais voilà tout. Il ne faut pas oublier que la laparotomie verticale latérale expose à l'énervement des muscles grands droits; on évitera cet accident en utilisant le procédé du prof. Lennander[5] : incision du feuillet antérieur de la gaîne du grand droit, reconnaissance des vaisseaux et nerfs musculaires dans l'angle inférieur de la plaie (à quelques cent. au-dessus du pubis), réclinaison de ces derniers, puis refoulement du muscle en dedans; incision du feuillet postérieur et ouverture de la cavité abdominale. Ce procédé a, de plus, l'avantage

1. Congrès de Moscou, 1897, et *Nederl. Tijdschrift voor Geneesk.*, 1897, p. 646.
2. Salzer, 1892, p. 157.
3. Obs. I, Lennander, entr'autres.
4. On se rappelle, que les récidives les plus précoces et les plus nombreuses se trouvent dans nos chapitres des entérectomies compliquées ou suivies d'anus contre nature.
5. K. G. Lennander. Om buksnitt genom endera rektusskidan med förskjutning af den mediala eller laterala Kanten af m. rectus. *Upsala läkarefören. förhandl.*, 1897-1898, III, häft 4 et 5.

de s'opposer efficacement aux hernies post-opératoires, une fois que le muscle a repris sa place et que sa gaine a été reconstituée par suture.

Attitude du malade. — La position de Trendelenburg, surtout s'il s'agit de l'S iliaque, est à peu près indispensable; elle maintient les intestins en dehors du champ opératoire et les met ainsi à l'abri des souillures.

Nous n'insistons pas sur la protection du ventre, des intestins, sur les tampons, etc.

L'*opération* elle-même comprend quatre temps : la libération, la section du mésentère, la section de l'intestin, la suture.

Il y a intérêt, en effet, à retarder le plus tard possible l'ouverture de l'intestin. Dans les opérations typiques, c'est-à-dire relativement aisées, les adhérences sont donc libérées, l'anse à réséquer est détachée, ses futurs bouts mobilisés, le mésentère lié suivant une aire cunéiforme, les ganglions voisins énucléés; et quand tout est pour ainsi dire fini, l'intestin est pincé ou lié, puis réséqué et suturé.

La *coprostase*, c'est-à-dire, le pincement de l'intestin, a été réalisée de manières diverses par les opérateurs : mèches de gaze iodoformée (König, Körte), doigts (Bier), clamps divers et surtout tubes de caoutchouc.

La *section de l'intestin*, comme on le sait, doit porter au ras du mèsentère, à peine de voir les bouts intestinaux se gangrener. Cet accident n'est pas rare, surtout quand les bords intestinaux ont dû être tiraillés longuement dans la libération ou l'affrontement.

L'*incongruence* des bouts intestinaux, comme nous l'avons vu à propos des entérectomies simples, a donné lieu à plusieurs procédés, pour réaliser quand même l'entérorraphie circulaire. Le plus ingénieux et le meilleur, théoriquement, est celui de Pétroff[1]. Mais, tout cela est un peu compliqué; le mieux nous semble être de laisser de côté ces procédés délicats, partant dangereux, et de recourir simplement, selon les circonstances, soit à l'implantation, soit à l'anastomose. C'est ce qu'on ferait également si les bouts intestinaux ne pouvaient être affrontés sans tiraillements.

Quant à la *suture* elle-même, on a le choix entre le bouton, les plaques, etc., ou l'aiguille. Le bouton de Murphy est le seul, pensons-nous, qui puisse rivaliser avec l'aiguille. Il vaut mieux qu'une suture lente et mal faite; mais, il est probablement inférieur à une suture bien et vite faite. La rapidité n'est pas en effet à négliger

1. Pétroff, 1897. Nous avons analysé son procédé avec les entérectomies simples.

dans une opération, que les temps préliminaires allongent considérablement.

Quant aux *fils à suture* et *au mode de suture*, c'est le surjet à la soie qui a généralement la préférence. Lennander, Carlson et quelques autres font un premier plan au catgut, craignant que la soie, en traversant d'outre en outre la paroi intestinale, ne serve de drain conducteur à l'égard des matières fécales. Bier emploie la soie et le point de Lembert (interrompu) pur et simple. La majorité des opérateurs cependant utilisent le Lembert-Czerny en surjet : premier plan muco-séreux, deuxième plan séro-séreux. Une bonne pratique, utilisée par quelques chirurgiens[1], systématisée par les prof. Terrier et Lennander, consiste à recouvrir la suture avec les franges épiploïques.

L'extirpation du cancer de l'intestin, surtout celui des fosses iliaques, laisse souvent derrière soi de grosses brèches au péritoine pariétal. On doit s'efforcer de les combler par une sorte de *péritonéoplastie* : c'est le moyen d'éviter les adhérences intestinales, les hémorragies, les infections. En cas d'impossibilité, il faut recourir au *tamponnement*.

Nous avons longuement insisté sur tous les avantages du *drainage*. Avec Becker (Trendelenburg) et Körte, nous pensons qu'on ne doit pas s'en passer et qu'il doit être très soigneusement fait : tout l'intestin suturé sera entouré par des mèches de gaze, l'isolant de la cavité péritonéale et destinées à renforcer le travail plastique et protecteur qu'édifie la séreuse tout autour du foyer traumatique. Si la suture vient à céder, ces mèches serviront à conduire à l'extérieur les produits infectieux filtrés par l'intestin. Il s'ensuivra presque toujours, nous en convenons, une *fistule* intestinale, mais celle-ci disparaît vite, quand il n'y a au-dessous d'elle ni rétrécissement, ni récidive.

La *fermeture du ventre* se fait comme d'habitude, en laissant un passage pour les mèches du drainage.

Pour finir ce qui a trait à l'opération elle-même —, et cette remarque vaudra pour la laparotomie en général —, disons qu'il n'est pas toujours facile de se reconnaître, dans le ventre, même quand on a la main dedans. Ricard, Czerny, Hochenegg, ont cherché en vain ou se sont mépris sur le siège de l'obstacle[2]; Barton[3] crut à un simple rétrécissement; enfin, chose plus grave, des anus contre

1. Fenger, 1883; Ilott, 1894; Körte, 1895, VI, XIV; Diet (Boiffin). 1895.
2. Thiéry (Ricard), 1890; Czerny (*in* Schiller, 1896, XVII; Rindfleisch, 1893, VIII); Hochenegg, 1897.
3. Barton, 1898.

nature, des anastomoses ont été placés de la façon la plus malheureuse[1]. Ces erreurs, qui peuvent arriver à tous, doivent rendre extrêmement circonspect.

3° *Soins consécutifs.* — La suture intestinale, le travail inflammatoire qui l'accompagne, la parésie opératoire du viscère, ont pour effet d'amener un certain degré d'obstruction après l'opération. Le ventre est ballonné, les gaz ne passent pas ou difficilement, le malade est oppressé et anxieux. Faut-il recourir alors à l'opium, dont l'emploi a été jusqu'ici absolument dogmatique? Tout dernièrement, R. Frank[2] recommandait encore de l'employer largement (« opium nicht zu sparen »). Cependant la plupart des auteurs étrangers semblent l'avoir complètement abandonné et ils le remplacent au contraire par des lavements, des laxatifs, voire même des purgatifs administrés dès les premiers jours. Carlson[3] donne de l'huile de ricin *le jour même* de l'opération et il continue les jours suivants jusqu'à ce que la guérison semble acquise. Lennander fait prendre de grandes irrigations rectales.

Nous pensons qu'il y a tout avantage à procéder ainsi. Le pire danger, qui puisse menacer une suture, c'est l'arrêt des matières et des gaz, qui la forcent, la tordent et la font finalement éclater. Une suture bien faite ne se laissera pas traverser par des matières liquides, tandis qu'un bouchon fécal ou des gaz en auront facilement raison.

Contre les *vomissements* on peut, comme Lowson[4], Lennander[5], donner l'eau bouillie et chaude.

Enfin, chez les grands opérés de l'abdomen, exposés, comme on sait, à la thrombose des membres inférieurs, on fera bien de relever les pieds du lit, de temps à autre, de façon à faciliter la circulation des extrémités[6].

(*A suivre.*)

1. Voir le tableau des anus contre nature et celui des entérectomies compliquées.
2. R. Frank, 1899.
3. Commun. écrite.
4. Lowson, 1893.
5. K. G. Lennander. *Om behandlingen af det perforerande mag-och duodenalsåret. Upsala läkaref. förhandl.*, 1897-1898, B. III, häft 5.
6. Idem, *ibid.*, 1898-1899, IV.

BIBLIOGRAPHIE

Erfahrungen und Studien über Wundinfektion und Wundbehandlung; par le Dr **K. Brunner**. — Frauenfeld, 1899.

Dans le livre de Brunner sont étudiées les trois thèses suivantes :

1° Microbes et évolution des plaies opératoires;

2° Microbes et évolution des plaies accidentelles;

3° Pyémie et septicémie au point de vue des acquisitions bactériologiques.

I. — L'axiome de Lister, d'après lequel le chirurgien peut préserver les plaies opératoires de tout germe microbien, est trop absolu et doit être modifié dans ce sens, que, s'il est impossible d'arriver à une stérilité absolue de la plaie, on peut néanmoins assurer son évolution aseptique. Pyémie et septicémie ou tétanos deviennent très rares, mais s'observent encore. Socin, Kocher, Billroth, Mickulicz ont formulé de même façon les résultats de leurs recherches et expériences.

Qu'on emploie la méthode aseptique ou antiseptique, il se fait une infection soit primitive (au moment de l'opération) par l'air, le contact (mains, fils, drain), soit secondaire (air, drain, continuité). L'air, d'après eux, serait un facteur beaucoup moins important que le contact. Ces énoncés sont basés sur les résultats d'ensemencement pendant et à la fin de l'opération et au moment du premier pansement (sérosité, sang, particules graisseuses, conjonctives, musculaires).

L'auteur contrôle et confirme ces faits par ses propres recherches. Comme opérations, il a choisi l'ablation du sein avec évidement de l'aisselle, la thyroïdectomie, la kélotomie.

Le péritoine n'entre malheureusement pas dans la question.

Les préparatifs pour ces opérations sont les précautions modernes.

Asepsie : tampons, compresses, pansements, vapeur sous pression. Instruments bouillis dans une solution de soude. Désinfection des mains et du champ opératoire d'après les règles établies par Furbringer.

Méthode opératoire : sèche ou humide (irrigations avec sublimé, sérum actif, itrol, actol).

Ligatures : soies et catguts.

Pansement : Airol sur la suture, gaze, coton hydrophile, ouate de Burns.

La technique bactériologique comprend :

1° L'ensemencement pendant et à la fin de l'opération avec aiguille de platine ou pipettes.

2° Milieu de culture : glycérine, agar.

3° Étude des colonies quant au *nombre*, la morphologie et la biologie.

Les résultats de ces recherches sont résumés par l'auteur dans un tableau fort instructif, que je donne en abrégé :

1° Opérations, 50; avec asepsie, 25; avec antisepsie, 25.

2° 44 fois on a fait l'ensemencement : soit 21 fois dans les opérations avec asepsie, 23 fois dans les opérations antiseptiques.

3° Résultats des 44 ensemencements : 28 positifs, 16 négatifs (conclure que 16 fois la plaie était aseptique serait faux).

4° Sur 21 opérations avec asepsie : 14 positifs, 7 négatifs. Sur 23 opérations avec antisepsie : 14 positifs, 9 négatifs.

5° Les microbes cultivés étaient 14 fois sur 27 le staphylocoque blanc seul; 4 fois sur 27 le staphylocoque blanc associé; 3 fois sur 27 le staphylocoque aureus; dans les autres cas, des champignons saprophytes.

6° Présence secondaire (premier pansement) : 48 ensemencements.

Résultats : 33 positifs, 15 négatifs; à savoir : dans 24 opérations avec asepsie, 19 positifs, 5 négatifs; dans 24 opérations avec antisepsie, 14 positifs, 10 négatifs; les microbes cultivés étaient encore les staphylocoques blanc et doré.

7° Concordance sensible des résultats de l'auteur avec ses collègues. Néanmoins il n'a pas constaté les résultats défavorables de Lanz et Flach dans l'emploi de la méthode antiseptique.

8° Le nombre des colonies est sensiblement égal dans la méthode aseptique et antiseptique, excepté dans la thyroïdectomie où l'asepsie donne un nombre supérieur de colonies.

9° Les ensemencements secondaires (premier pansement) donnent un nombre de colonies toujours plus grand et qui tient à ce qu'aux germes primitifs s'ajoutent les germes survenus ultérieurement.

10° Aucune plaie opératoire n'est donc libre de germes.

11° D'où viennent ces germes. Les recherches sur les germes contenus dans l'air de nos salles (supp. et asep.) avant et après le « Spray » démontrent que l'air n'est guère à incriminer. Les préparatifs modernes fournissant des ustensiles aseptiques, les germes ne peuvent venir que de la *peau* soit du *malade*, soit de l'*opérateur*.

12° Les opérateurs ont mis des gants, des calottes, des masques. Tout cela est illusoire. Lavages répétés des mains dans une solution $HgCl^2$, silence et cheveux ou barbe courts valent autant, sinon mieux.

13° Restent donc surtout les microbes de la peau du malade difficilement accessibles (glandes, tissu muqueux de Malpighi).

14° En plus, les microbes de la peau sont plus virulents que ceux de l'air. Aérobiose ou anaérobiose n'influent pas sur l'évolution des cocci.

15° Sans nier l'influence nuisible des microbes sur l'évolution de la plaie, l'auteur est d'accord avec ses collègues, que à part les petits abcès locaux, cette évolution est bonne.

16° Que deviennent ces microbes? Les uns sont portés au dehors par le drain et périssent, les autres succombent dans la lutte que leur livrent des cellules animales (phagocytes). Leurs substances toxiques sont neutra-

lisées *par le sérum* sanguin. Enfin, le reste trouve la mort dans les ganglions lymphatiques et dans le sang (Marmorek).

17° Dans cette lutte, le terrain, c'est-à-dire les tissus, joue le principal rôle. L'*infectum* l'emporte sur l'*incifiens*.

18° Cliniquement les effets de la défaite des microbes se manifestent par la disparition des douleurs locales, par la rapide réapparition de l'appétit et du sommeil, localement par un aspect pâle et normal de la plaie; tandis que leur victoire se traduit par une rougeur, un gonflement des bords de l'incision, par une douleur apparaissant le troisième ou quatrième jour, et la fièvre.

Mais une élévation passagère de la température est pour ainsi dire normale et s'explique par l'action des toxines résorbées et par de minimes infections locales.

Cette fièvre, dite *aseptique*, ne doit pas dépasser 39°, une fièvre plus forte indique une plus grande richesse microbienne.

Le pouls devient plus fréquent aussi, surtout dans les opérations sur le péritoine.

19° Si on emploie la méthode antiseptique, on devrait donner la préférence à l'acide phénique sur le sublimé. Mais les antiseptiques ont une influence néfaste sur le suc cellulaire.

En somme, asepsie avec emploi très limité d'antiseptiques a donné les meilleurs résultats.

De la même façon l'auteur étudie les germes et leur rapport avec l'évolution cicatricielle des plaies *accidentelles*. Ici, l'antisepsie l'emporte sur l'asepsie. Les méthodes d'investigation bactériologique sont les mêmes. Dans une statistique, l'auteur passe en revue les plaies traitées avant son intervention, les plaies auxquelles personne n'avait encore touché, et les plaies portant déjà les signes d'infection.

Les germes en grand nombre sont représentés par le staphylocoque blanc et doré, le colibacille, rarement le bacille de Lœffler ou de Nicolaier. Leur virulence est en général faible.

Les antiseptiques ont réduit l'infection à 3 cas sur 66.

Une comparaison intéressante avec les résultats d'autres chirurgiens clôt cette étude.

La troisième thèse traite de la pyémie et de la septicémie.

Après une petite revue historique des définitions que les chirurgiens ont données de la pyémie et de la septicémie, en se basant les uns sur l'étiologie, les autres sur la clinique, Brunner propose la classification suivante :

I. — Maladies générales provoquées par les microbes pyogènes :

a. Maladies générales avec métastases : Pyémie métastatique;

b. Maladies générales sans métastases : Toxémie, toxanines, pyotoxémie.

II. — Maladies générales, dans lesquelles les effets des microbes pyogènes se continuent aux effets d'un processus putride : Pyosepticémie.

III. — Maladies générales par processus putrides purs : Septicémie.

Cette classification est indiquée comme conclusion d'un certain nombre

d'observations minutieusement relatées et basée surtout sur l'étiologie bactériologique, sans cependant négliger la symptomatologie.

G. Friedel.

Traité de Chirurgie clinique et opératoire de **A. Le Dentu** et **Pierre Delbet**, tome IX, par Legueu, Albarran, Sebileau. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1900.

Ce dernier volume est parmi ceux qui font le plus grand honneur à l'ensemble du traité. Il est uniquement consacré aux affections de la vessie, de l'urètre, de la prostate, du pénis et des bourses.

Les premières sont traitées par M. Legueu, qui, après une séméiologie vésicale où l'on retrouve l'esprit de méthode de l'école de Necker, envisage successivement les malformations, les traumatismes, les corps étrangers, les calculs « dont le traitement de choix est la lithotritie, alors que la taille est le traitement d'exception ». Les cystites sont l'occasion d'une belle étude concernant leur pathogénie, après quoi l'auteur aborde l'importante question des tumeurs de la vessie.

Les troubles nerveux touchant la contractilité, la sensibilité et l'incontinence constituent un chapitre d'autant plus intéressant qu'il est ordinairement négligé dans les traités de chirurgie, et cependant la connaissance de certains de ces phénomènes peut parfois éviter au chirurgien de grossières erreurs.

A la suite des différentes affections de la vessie, M. Legueu revoit et décrit les opérations pouvant se pratiquer sur cet organe.

MM. Albarran et Legueu se sont partagés l'étude de la pathologie de l'urètre : vices de conformation, corps étrangers, calculs, tumeurs, abcès et phlegmons urineux. L'urétrite blennorrhagique y est très complètement étudiée, surtout au point de vue des complications qu'elle peut déterminer et qui rentrent dans le domaine chirurgical. Les ruptures de l'urètre d'une part, les rétrécissements d'autre part, ont été l'occasion d'intéressants chapitres de thérapeutique où sont décrits et comparés les méthodes diverses et les procédés opératoires nouveaux.

Les articles concernant la prostate sont dus à M. Albarran : prostatites, tuberculose, calculs, tumeurs malignes et kystes constituent une série de chapitres très originaux; mais une importance toute spéciale est donnée à l'hypertrophie de la prostate; l'auteur y passe en revue toutes les théories pathogéniques pour s'arrêter à celle qu'il a personnellement défendue et d'après laquelle il s'agit d'une dégénérescence adénomateuse. Après description des diverses méthodes thérapeutiques, dont quelques-unes toutes nouvelles, il montre dans quel cas chacune d'elles trouve son indication.

C'est dans son sens le plus large que M. Legueu envisage l'infection urinaire qu'il définit « la pénétration dans l'appareil urinaire d'organes pathogènes capables de cultiver dans l'urine à l'abri de l'air ». Cette définition permet de rapprocher une série de formes cliniquement très différentes dont les unes représentent des accidents locaux, les autres des acci-

dents généraux, ces derniers étant eux-mêmes aigus ou chroniques. Si diverses que soient ces formes de l'infection urinaire, elles peuvent être dues au même agent; aussi l'auteur a-t-il pu étudier dans un même chapitre les divers modes de l'infection.

Étudiant les maladies des enveloppes du testicule, M. Sebileau insiste sur les vaginalites; sous ce titre il groupe et compare les lésions qui, quoique décrites sous des noms distincts, méritent d'être rapprochées, n'étant souvent que les stades successifs d'une même évolution.

Le neuvième volume du Traité de Chirurgie clinique contient en abondance des documents nouveaux; il est présenté sous une forme élégante et originale; il mérite donc d'être connu de tous les chirurgiens.

E. Reymond.

NÉCROLOGIE

M. le Prof. SAYRE (New-York).

M. le Professeur Sayre (Lewis Albert), de New-York, est décédé le 21 septembre dernier à l'âge de quatre-vingts ans. Son nom est très connu en France et en même temps très estimé.

Né le 29 février 1820 à Battle Hill (actuellement Madison), N. J., il fit ses premières études à la « Transylvania University », à Lexington. Malgré le désir de son oncle qui voulait lui faire suivre les études religieuses, il se rendit à New-York où, dès 1839, il fut élève de David Green; il obtint en 1842 le titre de docteur en médecine du « College of Physicians and Surgeons » avec une thèse intitulée : *Spinal irritation* (*Western Journ. of med. Science*). Puis il exerça pendant dix ans, au même collège, les fonctions de prosecteur. Il fut, de 1844 à 1866, chirurgien dans un lazaret militaire, et en même temps dans plusieurs autres hôpitaux, notamment dès 1853, au « Bellevue Hospital », et dès 1859, au « Charity Hospital ou Blackwell's Island », où il resta jusqu'en 1873.

Enfin, dès 1853, il fut appelé à la chaire de chirurgie orthopédique au « Bellevue Hospital medical College », chaire qu'il a conservée et qu'il a illustrée par ses travaux. Il avait d'ailleurs contribué à fonder ce Collège qui, en 1898, fut rattaché à l'Université de New-York. Il était également un des fondateurs de l'Académie de New-York, « de la New-York pathological Society » et de l' « American medical Association ». Élu en 1866 vice-président de cette dernière Association, il en occupa la Présidence en 1880.

Ajoutons qu'en dehors de la brillante réputation qu'il avait acquise comme chirurgien, il s'était fait, chose plus rare, une place remarquable comme médecin sanitaire. En qualité de « President Physician » de New-York, de 1860 à 1866, il a publié une série de mémoires et de rapports très importants sur diverses questions de police sanitaire, notamment sur la contagion du choléra et sa prévention par la quarantaine (on peut voir quelles sont ses principales idées sur cette matière dans le *Forum*, N.-Y., 1892, XVI. 133-144), sur la prophylaxie de la variole et sur la vaccination obligatoire. sur le nettoyage des rues, sur la construction des habitations, sur la ventilation, etc.

En outre, le professeur Sayre est l'auteur d'un grand nombre de publications sur toutes les branches de la médecine. Mais c'est surtout comme chirurgien, et comme chirurgien orthopédiste, qu'il est connu en France. Il fut le premier en Amérique qui ait pratiqué avec succès la résection de

la hanche pour coxalgie, en 1854. Durant le Congrès de Médecine de Philadelphie, en 1876, il exécuta cette opération devant un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels se trouvait Lister, et l'on raconte que celui-ci, enthousiasmé, affirma que le plaisir seul d'avoir assisté à une pareille opération compensait amplement les fatigues de son voyage à travers l'Atlantique.

Rappelons que c'est dans un Rapport lu devant l'American medical Association en 1876, qu'il a pour la première fois préconisé l'emploi de son corset plâtré dans la scoliose. C'est à cette occasion que la Société lui vota des remerciements particuliers pour cette découverte, « comme faisant époque dans l'histoire de la chirurgie ». On sait que l'emploi de sa méthode de suspension et de son corset plâtré dans le mal de Pott est actuellement universel.

Voici maintenant l'œuvre chirurgicale qu'il laisse :

1842. *Pulmonary abscess with pleuritic effusion, successfully treated by free incision* (*Transact. of the Coll. of Phys. and Surg.*, 1842).

1849. *On maternal influence in producing naevi materni and other deformities. — Chorea from mental anxiety on account of a deformity. — Chronic abscess in the cellular tissue of the peritoneum. — Spina bifida, successful removal of tumor by ligature. — Extracts from my note-book*, N. York, D. Fanshaw, 1849, in-8°, 11 p.

1853. *Extensive recto-ischial abscess with caries of the coccyx, successfully treated by removal of the diseased bone.*

1854. *Exsection of the head of the femur, and removal of the upper rim of the acetabulum, for morbus coxarius.* N. Y., Holman, Gray and C°, 1854, in-8°, 15 p.

1854. *Case of perforation of the rectum and extensive fæcal abscess.* New-York, Holman Gray and C°, 1854, in-8°, 14 p.

1860. *Report on morbus coxarius, or hip disease*, Philadelphia, Collins, 1860, in-8°, 94 p., 1 pl.

1863. *Morbus coxarius.* I. *Clinical lecture.* II. *Objections to its treatment in the advanced stages by extension, unless preceded by tenotomy. Illustrated by cases.* New-York, R. Craighead, 1863, in-12.

1863. *A new operation for artificial hip joint in bony anchylosis. Illustrated by two cases.* Albany, C. Van Benthuysen, 1863, in-8°, 19 p.

1863. *Remarkable case of deception. A woman professing to secrete nothing but charcoal and stones for a number of years, all the natural functions being arrested. An the deception immasked.* Albany, C. Van Benthuysen, 1863, in-8°, 1 p., 1 pl.

1864. *Croup. Case of traumatic hemorrhage following tracheotomy, arising from the imperfect form of the tracheal tubes used, and some remarks on the treatment of croup by inhalation of steam. Illustrated by cases.* Albany, Van Benthuysen, 1864, in-8°, 11 p., 1 pl.

1865. *On the mechanical treatment of chronic inflammation in the joints of the lower extremities, with a description of some new apparatus for producing extension at the knee and ankle joints.* Philadelphia, Collins, 1865, in-8°, 25 p.

1866. *Case of luxation of femur into ischiatic notch, of nine months standing, reduced by manipulation.* Philadelphia, Collins, 1866, in-8°, 9 p.

1868. *Lecture introductory to the course of orthopedic surgery, delivered at Bellevue Hospital Medical College.* New York, Moorehead, Simpson and Bond. 1868, in-8°, 19 p.

1869. *Three cases of lead palsy from the use of a cosmetic called « Laird's bloom of youth ».* Philadelphia, Collins, 1869, in-8°, 12 p.

1869. *A practical manual of the treatment of club foot.* New York, D. Appleton and C°, 1869, in-12, 9-91 p., VII, (1 l.).

1869. *Introductory lecture of 1868-1869 at Bellevue Hospital Medical College.* New-York, Sun Job print., 1869, in-8°, 18 p.

1870. *Review of Dr. Ruppaner's case of laryngo-tracheotomy.* New-York, D. Appleton and C°, 1870, in-8°, 8 p.

1870. *Answer to Dr. A. Ruppaner, with a review and criticism on his recent report of a case of laryngo-tracheotomy, including all the attested facts regarding the recent partridge poisoning case at the Fifth Avenue Hotel.* New-York, D. Appleton and C°, 1870, in-8°, 38 p.

1870. *Partial paralysis from reflex irritation caused by congenital phimosis and adherent prepuce.* Philadelphia, Collins, 1870, in-8°, 9 p.

1871. *Cases of luxation of the elbow.* Albany, The Argus C°, 1871, in-8°, 7 p.

1871. *A simple dressing for fracture of the clavicle.* Louisville, J. P. Morton and C°, 1871, in-8°, 8 p.

1872. *Report of two cases of luxation of the elbow, also a description of a new vertebrated probe and catheter.* Albany, The Argus C°, 1872, in-8°, 18 p., 1 pl.

1874. *Report on fractures.* Philadelphia, Collins, 1874, in-8°, 30 p.

1874. *On anchylosis.* New-York, D. Appleton and C°, 1874, in-8°, 20 p.

1874-1875. *Lectures on orthopedic surgery and diseases of the joints, delivered at Bellevue Hospital Medical College, during the winter session of 1874-1875.* London, J. and S. Churchill, 1876, 1874-1875, in-8°, x, 476 p.

1875. *On disease of the hip-joint.* New-York, G. P. Putnam's Sons, 1875, in-8°, 24 p.

1875. *Spinal anaemia with partial paralysis and want of co-operation, from irritation of the genital organs.* Philadelphia, Collins, 1875, in-8°, 29 p.

1876. *Lectures on orthopedic surgery and diseases of the joints delivered at Bellevue Hospital Medical College, during the winter session of 1874-1875.* London, J. A. Churchill, 1876, in-8°, x, 476 pp.

1877. *Report on Pott's disease, or caries of the spine, treated by extension and the plaster of Paris bandage.* Philadelphia, Collins, 1877, in-8°, 68 p.

1877. *Spinal disease and spinal curvature, their treatment by suspension and the use of the plaster of Paris bandage.* Philadelphia, J. B. Lippincott and C°; London, Smith, Elder and C°, 1877, in-8°, IX (1 l.), 121 p., 19 phot.

1878. *A succinct history of the plan of treatment of Pott's disease by suspension and the use of plaster of Paris bandage.* Louisville, Ky, 1878, in-8°, 22 p.

1880. *Presidential address before the American Medical Association at its thirty-first annual session,* New-York City, June 1, 1880. Philadelphia, Collins, 1880, in-8°, 20 p.

1881. *Shortening of limbs after fracture.* New-York, Trow, 1881, in-8°, 16 p.

1884. *On disease of the knee-joint.* Philadelphia, 1884, in-16, 16 p.

1887. *Leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique.* Trad. de l'anglais d'après la 2e éd. par le Dr. Henri Thorens. Préface par le Dr Polaillon. Paris, G. Steinheil, 1887, in-8°, XIX, 495 p.

1888. *Section of contractured tissues essential before mechanical treatment can be effectual.* Philadelphia, W. F. Fell and C°, 1888, 8°, 7 l.

1888. *On the deleterious results of a narrow prepuce and preputial adhesions.* Philadelphia, W. F. Fell and C°, 1888, in-8°, 8 l.

1888. *On the advantages of plaster of Paris dressing as a means of spinal support.* New-York, 1888, in-8°, 20 p.

1890. *A case connected with address on surgery. Amputation of leg.* (*Tr. N.-York M. Ass.*, 1890, VII, 254.)

1892. *Results in cases of hip-joint disease treated by the portable traction splint without immobilization except during the inflammatory stage of the disease.* (*N.-York M. J.*, 1892, L V, 477-482, 2 pl.)

1892. *Simultaneous dislocation of the first and second phalangeal joints of the middle finger.* (*N.-York M. J.*, 1892, LVI, 379.)

1893. *Obscure injuries of the spine followed by paralysis of long standing; relieved by suspension and plaster of Paris jacket.* (*Tr. Am. Orthop. Ass.*, 1893, Philad., 1894, VI, 240-250.)

1894. *The conservative treatment of tubercular joints.* (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1894, XXIII, 5-8.)

1895. *Restoration of joint function after fracture.* (*Tr. Am. Surg. Ass.*, Philad., 1892, XIII, 219.)

1895. *The history of the treatment of spondilitis and scoliosis by partial suspension and retention by means of plaster of Paris bandages, together with the present status of this plan of treatment before the profession of the world* : (*New York M. J.*, 1897, LXI, 332; 361.)

1896. *The early management of congenital club foot.* (*Med. Rec.*, N. Y., 1896, XLIX, 512.)

M. le Prof. Mac GUIRE (Richmond).

Nous avons à noter également le décès du Professeur Mac Guire (Hunter M.), de Richmond.

Né le 11 octobre 1835 à Winchester, il étudia la médecine dans cette ville, puis à Philadelphie et à la Nouvelle-Orléans. Il fut nommé en 1855 Docteur du « Winchester medical College », exerça et occupa en même temps la chaire de Professeur d'Anatomie dans sa ville natale jusqu'en 1858. Il se rendit alors à Philadelphie et fut appelé en 1865 à la chaire de Professeur de Chirurgie au « Virginia med. College » à Richmond. Il a publié une série de travaux remarquables qui montrent quel fut son talent d'observateur et de praticien. Voici la nomenclature de ses principales et plus récentes publications :

1881. *Operative interference in gunshot wounds of the peritoneum.* Philadelphia, Collins, 1881, 8°, 11 p.

1881. *Operative interference in gunshot wounds of the peritoneum.* (*Tr. Am. M. Ass.*, Philad., 1881, XXXII, 307-404.) — *Clinical remarks on cancer of the breast.* (*Tr. M. Soc. Virginia*, 12e Sess., Richmond, 1881, III, 265-280.)

1882. *Clinical remarks on cancer of the breast.* Richmond, J.-W Fergusson a. Son., 1882, in-8, 16 p. — *Contusions, in* Internat. Encycl. Surg. (Ashhurst), 1882, II, 1-10.

1882-1883. *Case of death following the administration of chloroform.* (*Virginia M. Month.*, Richmond, 1882-1883, IX, 492.)

1883. *Contusion, strangulation, frôlement in* Encycl. internat. de Chir. (Ashhurst), Paris, 1883, II, 531-538. — *Last wound of the late Cyen. T. J. Jackson* (*Stonewal*); *the amputation of the arm; his last moments and death.* (*Am. M. Weekly*, N. Y., 1883, XVI, 3-7.)

1885. *Intestinal obstruction in* Syst. Pract.-Med. (Pepper), Philad., 1885, II, 835-867.

1889-1890. *Treatment of chronic cystitis in women,* (*Univ. M. Mag.*, Philad. 1889-1890, II, 115-117).

1890. *A report of twenty-one cases of suprapubic cystotomy, with remarks.* (*Tr. Am. Surg. Ass.*, Philad., 1890, VIII, 235-243). — *Nervous disorders following organic urethral stricture.* (*Gaillard's M. J.*, N. Y., 1890, II, 409-411).

1890-1891. *Nervous troubles following organic urethral stricture.* (*Virginia M. Month.*, Richmond, 1890-1891, XVII, 534-553.)

1891-1892. *Foreign bodies in the bladder.* (*Ann. Gynæc. a. Pædiat.*, Philad., 1891-1892, V, 471-473).

1892. *Du traitment cataphorétique du goitre par l'iode* (*N. Orl. med. journ.*, et *Rev. laryngol.*, 1892).

1893. *President's address.* (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1893, VI, 99-106). — *Report of a case of ectopic gestation, diagnosed before the eighth week.* (*Practice*, Richmond, 1893, VII, 25-29.)

1893-1894. *Sexual crimes among the southern negroes, scientifically considered* (*Virginia M. Month.*, Richmond, 1893-1894, XX, 105-125). — *Tuberculosis of the bladder, drainage and rest.* (*Virginia M. Month.*, Richmond, 1893-1894, XX 1073-1075).

1894. *Suprapubic cystotomy for the formation of an artificial urethra.* (*Internat. Clin.*, Philad., 1894, 4. s., I, 164-178.)

1895. *Seventeen cases of chronic (relapsing) appendicitis, treated by operation.* (*Med. News*, Philad., 1895, LVXII, 564-601.)

1897. *Case of tuberculosis cured by cancrum oris.* (*Kansas City M. Rec.*, 1897, XIV, 117). — *Remarks on appendicitis; with a report on twenty six cases operated during the past twelve months.* (*South. M. Rec.*, Atlanta, 1897, XXVII, 226-240). — *Virginia M. Semi-Month.*, Richmond, 1897-1898, II, 33-41). — *Suprapubic cystotomy for making an artificial urethra.* (*Bi-Month. Bull. Univ. Coll. Med.*, Richmond, 1897, II, 183.)

1898. *The treatment of acute exudative nephritis following infectious diseases* (*Bi-Month. Bull.*, Richmond, 1898, III, 337-340). — *Operation for the formation of artificial urethra in prostatic hypertrophy.* (*Bi-Month. Bull. Univ. Coll. Med.*, Richmond, 1898, III, 371.)

1898-1899. *Malignant tumors of the breast* (*Virginia M. Semi-Month.*, Richmond, 1898-1899, III, 487-589; 619-628). — (*Charlotte* [N.-C.] *M. J.*, XIV, 289-304).

M. le Prof. SARELL (Constantinople).

On annonce le décès du Prof. R. Sarell (de Constantinople), survenu le 2 octobre dernier. Né à Constantinople le 19 juillet 1829, il était fils d'un grand négociant anglais qui s'était établi dans cette ville. Comme un certain nombre de compatriotes, il était venu à Paris où il fit ses études de Lycée; mais c'est à Édimbourg où il se rendit ensuite, qu'il reçut le diplôme de docteur (1853); il fut nommé en 1891 membre du Collège royal des Médecins d'Edimbourg. Enfin, de retour dans son pays natal, il fut appelé à la chaire de Clinique chirurgicale de l'École impériale, et pendant quelques années, il fut chirurgien surintendant de l'hôpital du VIe Cercle municipal.

Le prof. Sarell a collaboré à des revues médicales anglaises et à plusieurs autres. Mais il a surtout laissé la réputation d'un praticien distingué et d'un Maître écouté.

Les congrès annuels des chirurgiens russes sont établis à Moscou. Le premier aura lieu le 28-30 décembre 1900.

Un comité est élu pour l'organisation du congrès : Président, professeur Diakonow; vice-président, professeur Bobrow; secrétaires, Dr Rein et Dr Derujinsky; trésorier, Dr Bereskin; membres du comité, professeur Sinitzin, Dr Soloview et Dr Martinow.

Le propriétaire-gérant : FÉLIX ALCAN.

Coulommiers. — Imp. PAUL BRODARD.

LE PROFESSEUR OLLIER.

Prof. L. OLLIER (de Lyon).

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de notre plus ancien directeur, le professeur L. Ollier (de Lyon), né aux Vans (Ardèche), en 1830. Le professeur Ollier, s'était tout d'abord livré à l'étude des sciences naturelles; au concours en 1849, il fut nommé aide de Botanique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Interne des hôpitaux de Lyon en 1851, docteur en médecine de Montpellier en 1856, candidat à l'agrégation de chirurgie à Paris en 1857, Ollier devint, au concours, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. en 1860, il avait trente ans à peine. Ultérieurement il fut professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

En 1857, L. Ollier commença ses travaux de physiologie expérimentale. travaux réunis dans le *Traité expérimental, et clinique de la régénération des os*. Cet ouvrage obtint, en 1867, le grand prix de chirurgie, institué par l'Académie des sciences, après la guerre d'Italie.

Le sujet proposé avait pour titre : *De la conservation des membres par la conservation du périoste*.

Ce prix fut partagé entre L. Ollier, presque encore un débutant de la carrière chirurgicale, et le professeur Sédillot déjà membre correspondant de l'Institut. La notion physiologique nouvelle, que défendait le chirurgien Lyonnais, était, en effet, d'une importance considérable en thérapeutique chirurgicale. Toutes les fois qu'on est conduit à supprimer une portion d'os malades, affirmait Ollier, il suffit de conserver intact le périoste, pour que l'os enlevé puisse se régénérer.

Les conséquences de cette découverte furent capitales; bien qu'au début elle ne fût pas acceptée sans conteste, ce qui est fatal. Toutefois, dès 1859, A. Verneuil, ami d'Ollier, pratiquait chez l'homme la première résection sous-périostée.

Les recherches d'Ollier, complétées par l'étude de l'accroissement des os et celle de la greffe animale, ont été publiées dans le célèbre *Traité des Résections* (1885-1892). C'est le résumé d'une longue pratique de trente années sur les résections des os.

Du reste, le professeur Ollier ne limita pas ses expériences au tissu osseux, il publia un grand nombre de mémoires sur les multiples questions qui ont intérressé les chirurgiens pendant plus d'un quart de siècle.

Il représentait très dignement, et avec une grande autorité, l'école chirurgicale de Lyon, célèbre entre toutes les autres écoles françaises.

Associé national de l'Académie de médecine depuis 1883; correspondant de l'Institut; membre de la Société de chirurgie de Paris, etc., le professeur L. Ollier était très connu à l'étranger et acclamé dans les congrès internationaux. Aussi fut-il correspondant ou associé de la plupart des sociétés savantes d'Europe et d'Amérique.

Sa valeur indiscutée l'avait fait choisir; comme président du deuxième Congrès de chirurgie française, qui se tint à Paris en 1886.

En somme on peut dire que sa carrière fut une des plus brillantes qu'ait pu parcourir un chirurgien fixé en province. On peut affirmer aussi que son grand succès a été mérité, car ses découvertes sur la physiologie des os, et les conséquences qu'il en a pu tirer au point de vue chirurgical, le placent au premier rang. En le perdant, la France voit disparaître un grand chirurgien, et la Faculté de médecine de Lyon perd un de ses maîtres les plus respectés et aimés.

Plus que tous les autres, les lecteurs de la *Revue de chirurgie* ont à regretter sa mort inattendue.

En 1877, avec Charcot, Parrot, Verneuil et les professeurs Bouchard et Chauveau, il coopéra à la fondation de la *Revue de médecine et de chirurgie* alors dirigée par MM. Lépine et Nicaise.

Lorsque cette revue dut se scinder en deux autres : la *Revue de médécine* et la *Revue de chirurgie*, c'est-à-dire en 1881, les professeurs Ollier et Verneuil furent les directeurs de cette dernière.

J'eus l'honneur d'être appelé à la Rédaction du Journal en colloboration avec mon ami Nicaise.

Dès lors, L. Ollier est resté directeur de la Revue, il survécut à son ami le professeur Verneuil, et à Nicaise.

Depuis 1881, il nous a donné de nombreux travaux personnels et a mis à notre disposition les très importants mémoires rédigés par ses nombreux élèves de la Faculté de Lyon.

Grâce à son concours dévoué nous avons toujours été en rapport direct avec le grand centre chirurgical de la seconde ville de France.

Les rapports personnels que j'eus souvent avec le professeur L. Ollier, me permirent d'apprécier sa grande bienveillance, son amour de la science chirurgicale et l'élévation de son caractère.

Bien que sa vie ait été très remplie, bien qu'il ait été récompensé de ses remarquables travaux par les honneurs et une réputation universelle, nous pouvons dire qu'il meurt trop tôt, car son activité toute juvénile faisait encore naître autour de lui un véritable foyer scientifique, qu'il savait incessamment entretenir et développer.

La création récente de la Société de Chirurgie de Lyon en est une preuve indubitale.

Nous donnons ici la liste des principaux travaux de M. le professeur L. Ollier :

Des plaies des veines, 79 pp., 1 l., in-8, Paris, Masson, 1857.

Des moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os après les résections. De la conservation du périoste; résections sous-périostées. — De la conservation de la couche osseuse périphérique; évidement des os. Gaz. hebd. de Méd. et de chir., 1858, t. V, pp. 572, 651, 733, 769, 853, 899.

Note sur la réalité des régénérations osseuses après les résections sous-périostées. Ac. des sc., Paris, 1860, janvier 16.

Mode du développement des os longs. Acad. des Sc., Paris, 1861, février 4 et 7.

Application de l'ostéoplastie à la restauration du nez, transplantation du périoste frontal. Acad. des Sc., Paris, 1861, novembre 11.

De l'accroissement en longueur des os des membres et de la part proportionnelle qu'y prennent leurs deux extrémités. Paris, Masson, 1863, in-8, 38 pp.

De l'inégalité d'accroissement des deux extrémités des os chez l'homme et de l'interprétation de quelques faits pathologiques et chirurgicaux. Paris, Masson, 1863, in-8, 15 pp.

Résection sous périostée de la moitié supérieure de l'humérus, suivie de la reproduction de la partie enlevée. Acad. des Sc., Paris, 1865, 24 avril.

L'entorse juxta-épiphysaire. Lyon méd., 1880, XXXIII, 388-392.

Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux. Paris, Masson, 1867, 2 vol., 443 pp., in-8, 531 pp., 9 pl.

Des résections des grandes articulations des membres. (Lu par l'auteur en séance publique à son entrée en fonctions comme chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu.) Lyon, A. Vingtrinier, 1869, in-8, 30 pp.

Sur les sutures métalliques et leur supériorité sur les sutures ordinaires. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir., 1862, IX, 135, 181, 261, 359.

Du traitement des fractures diaphysaires des os longs par les pointes métalliques, nouveaux appareils, Paris. A. Delahaye, in-8, 24 pp., 1870.

Observations de rhinoplastie. Soc. de Chir., Paris, 1874, avril 8.

De la trépanation dans les diverses formes d'ostéomyélite. Comp. rend. Acad. des Sc., 1876, août.

De l'extirpation sous-périostée du calcanéum et de ses résultats définitifs. Revue Sc. Méd., Paris, 1876, avril 15.

Résection sous-périostée du calcanéum. Acad. de Méd., Paris, 1876, août 8.

Décortication des nez éléphantiasiques. Acad. de Méd., 1876, août 16, 24.

De l'éléphantiasis du nez et de son traitement par la décortication de cet organe. Lyon méd., février 27, 1876.

De l'excision des cartilages de conjugaison pour arrêter l'accroissement des os et remédier à certaines difformités du squelette. Rev. mens. de Méd. et Chir., 1877, février, mars.

De la résection du coude dans le cas d'ankylose. Rev. mesn. de méd. et chir., 1878, juin et décembre.

Résections articulaires et pansements antiseptiques. Rev. mens. de Méd et de Chir., Paris, 1880, IV, 915-939.

De l'entorse juxta-épiphysaire et de ses conséquences immédiates ou éloignées au point de vue de l'inflammation des os. Rev. de Chir., Paris, 1881, I, 785-809.

De la résection de la hanche au point de vue de ses indications et de ses résultats définitifs, accroissements du membre réséqué; description d'un nouveau procédé opératoire. Rev. de Chir., Paris, 1881, I, 177-208; 369-401; 548-555.

Du degré de reproduction osseuse dans la reconstitution des articulations nouvelles; néoformation latérale; néoformation longitudinale. Gaz. hebd. de Méd., Paris, 1882, 2 s., XIX, 258-260.

Démonstration anatomique de la reconstitution du coude après la résection sous-périostée; examen d'une série de 106 cas de cette opération. Bull. Acad. de Méd., Paris, 1882, 2 s., XI, 1125-441.

De la résection du coude, démonstration anatomique de la reconstitution d'une articulation nouvelle après la résection sous-périostée. Rev. de Chir., Paris, 1882, II, 717-737.

Sur la reconstitution de l'articulation dans les résections sous-périostées. Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1882, n. s., VIII, 314-318.

De la tarsectomie antérieure totale. Lyon méd., 1883, 9 décembre, 494.

De la résection du genou; résultats obtenus à la clinique chirurgicale de la Faculté de Lyon pendant l'année 1882. Rev. de Chir., Paris, 1883, III, 268, 339.

De la résection radio-carpienne. Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1883, n. s., IX, 292-297.

De l'ablation de l'astragale (nouveau procédé opératoire); résultats définitifs de l'opération. Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris, 1884, n. s., X, 343.

De l'ablation de l'astragale dans les ostéo-arthrites du cou-de-pied. Cong. franç. de Chir. [Proc. verb.], etc., 1885, Paris, 1886, I, 292-295.

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, t. I, Paris, G. Masson, 1885, in-8, 670 p.

Maladies des os; inflammations des os. Encyclop. int. de Chir. (Ashhurst), Paris, 1885, IV, 259-306.

Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire (arthrotomie, évidement, résection typique). Rev. de Chir., Paris, 1885, V, 177-200.

Résection de l'astragale. Rev de Chir., Paris, 1885, V, 368.

Résection de la hanche dans la coxalgie. Rev. de Chir., Paris, 1885, V, 401.

De la tarsectomie antérieure totale. Cong. franç. de Chir. [Proc. verb.], etc., 1885, Paris, 1886, I, 48-53.

De la coxalgie. Cong. franç. de Chir. [Proc. verb.], etc., 1885, Paris, 1886, I, 499-502.

De la résection de l'épaule dans les cas de luxation irréductible. Cong. franç. de Chir. [Proc. verb.], etc., Paris, 1886, 1887, II, 347-358.

Des résections orthopédiques dans les ankyloses de la hanche et du genou. Cong. franç. de Chir. [Proc. verb.], etc., Paris, 1886, 1887, II, 261-282.

De la simplification du traitement post-opératoire de la résection du genou; consolidation sous un seul pansement. Rev. de Chir., Paris, 1887, n° 8, 197.

Ankylose de l'épaule, résection [Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux], t. II, Paris, Masson, 1888, 61 pp.

Nouvelles expériences sur l'accroissement des os longs après l'ablation d'un des cartilages de conjugaison et sur l'hyperplasie compensatrice par le cartilage conservé. Compt. rend. Acad. d. Sc., Paris, 1889, CVIII, 933-936.

De la résection orthopédique du poignet dans les cas d'ankylose. Ann. d'Orthop. et de Chir. prat., Paris, 1889, III, 3; 38.

Ablation des tumeurs naso-pharyngiennes par l'ostéotomie verticale et bilatérale du nez et son renversement de haut en bas. Gaz. des Hôp., Paris, 1889, LXII, 536.

De la greffe osseuse chez l'homme. Archiv. de Phys., 1889, n°s 1 et 2, 166.

[De l'ostéogénèse chirurgicale.] Verhandl. d. X. internat. med. Cong., 1890, Berl., 1891, III, 7 Abth., 2-31.

De l'ostéoclasie sus-condylienne, du fémur et de la résection du genou dans les ankyloses osseuses de cette articulation. Rev. d'Orthop., Paris, 1890, I, 81-114.

De la tarsectomie postérieure totale et des amputations du pied à lambeau talonnier doublé du périoste calcanéen. Rev. de Chir., Paris, 1891, XI, 277-307.

Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux, t. III.

Des tuberculoses osseuses et articulaires de la région tarsienne; importance de l'astragalectomie dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du cou-de-pied et des diverses articulations astragaliennes. Assoc. franç. de Chir., Paris, 1893, VII, 216-228.

Régénération des os et résections sous-périostées, Paris, G. Masson, 1894, in-12, 180 p.

Des résultats éloignés des résections articulaires; présentation de cinquante-huit anciens opérés. Assoc. franç. de Chir. [Proc. verb.], etc., Paris, 1894, 1895, VIII, 863-887.

Résection des grandes articulations des membres, Paris, in-8, 200 p.

De la conservation du pied dans les cas d'ostéomyélite du tibia, propagée à l'astragale et aux autres os du tarse; deux observations d'ablation de la presque totalité du tibia et de tout l'astragale suivie de la régénération du tibia et de la reconstitution d'une articulation tibio tarsienne solide et mobile. Rev. de Chir., Paris, 1896, XVI, 573-598.

De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentelles et en particulier des cavités laissées par les larges évidements des os. Rev. de Chir. Paris, 1897, XVII, 265-286.

Démonstration par la radiographie de la régénération osseuse après les opérations chirurgicales; réparation d'une grande perte de substance du tibia par la greffe osseuse combinée avec les divers moyens propres à augmenter les propriétés

ossifiantes des tissus ostéogènes. Compt. rend. Acad. d. Sc., Paris, 1897, CXXIV, 1070-1074. — *Bull. Acad. de Méd.*, Paris, 1897, 3 s., XXXVII, 592-601.

De l'utilité de la conservation du périoste calcanéen dans l'opération de Syme. Rev. de Chir., Paris, 1897, XVII, 529.

Des greffes autoplastiques pour réparer les vastes pertes de substances de la peau; de leur persistance et des conditions qui permettent leur augmentation en surface; greffes sur plaie cruentée et greffes sur plaie granuleuse. Bull. Acad. de Méd., Paris, 1898, 3 s., XXXIX, 551-557.

De la création de nouvelles articulations entre des os normalement indépendants dans les cas où les anciennes articulations, complètement détruites ne peuvent être reconstituées; cas de néarthrose cléido-humérale, obtenue par la fixation a la clavicule de l'extrémité flottante de la diaphyse humérale. Compt. rend. Acad. des Sc., Paris, 1898, CXXVI, 1547-1550.

De l'intervention dans les fractures du crâne. Lyon méd., 1898, LXXXVIII, n° 33, 549.

Des ossifications du brachial antérieur consécutives aux traumatismes du coude. Province méd., Lyon, 1898, XII, 618.

Résection totale du coude datant de 28 ans; constitution de la néarthrose restée intacte malgré l'invasion des organes internes par la tuberculose. Rev de Chir., Paris, 1899, XIX, 436.

Carpalgie des adolescents. Soc. de Chir. de Lyon, 1899, mai 4.

Traitement des arthralgies anciennes et rebelles par la résection des extrémités articulaires. Des circonstances qui légitiment cette intervention. Soc. de Chir. de Lyon, 1899, mars-avril.

Sur une déformation singulière du poignet [Discussion]. Soc. de Chir., Lyon, 1899, février 16.

Dyschondroplasie Lyon méd., 1900, XCIII, 23-24, 25.

Carpalgie des adolescents. Bull. Soc de Chir. de Lyon, 1900, II, 245-247.

Application de la ponction de Quinche au traitement d'une paraplégie consécutive à un traumatisme de la portion lombaire de la colonne vertébrale. Bull. Soc. de Chir. de Lyon, 1900, II, 338.

Arthrites hémophiliques [Discussions]. *Bull. Soc. de Chir. de Lyon*, 1900, II, 331-332.

Traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode de Lorenz [Discussion]. *Bull. Soc. de Chir. de Lyon*, 1900, III, 17-18.

Les mauvais résultats des opérations incomplètes, grattages et curettages, dans la tuberculose du coude. Nécessité de la résection typique. Bull. Soc. de Chir. de Lyon, 1900. III. 156-157; 158.

De l'ankylose du coude, compliquée de synostose cubito-radiale. Son traitement, par la résection sous-périostée interrompue, pour obtenir une néarthrose lâche. Bull. Soc. de Chir. de Lyon, 1900, III, 131-133; 134; 137.

EXPOSÉ D'UN PROCÉDÉ SPÉCIAL

DE

CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES

Par le professeur A. LE DENTU

J'emploie depuis douze ans un procédé de cure radicale des hernies inguinales qui s'écarte notablement de tous ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici. Je ne l'ai pas encore fait connaître par écrit, parce que j'ai jugé nécessaire de le soumettre à une longue épreuve avant de le livrer à la publicité; mais je l'ai maintes fois mis en pratique, soit à l'hôpital Saint-Louis, de 1888 à 1890, soit à l'hôpital Beaujon en 1890, surtout à ma clinique de l'hôpital Necker. Il est certainement familier à tous ceux qui ont assisté à mes leçons et à mes séances opératoires.

Ce procédé représente la première forme de la méthode du plissement des tissus, dont la seconde a été le plissement de la capsule fibreuse de l'articulation scapulo-humérale appliqué par Ricard aux luxations récidivantes de l'épaule, et, la troisième, le plissement de la capsule articulaire du genou que j'ai mis à exécution le premier dans un cas de luxation récidivante de la rotule.

A partir du jour où j'ai traité de cette façon pour la première fois une hernie inguinale, ce procédé a passé par une série de modifications qui l'ont amené graduellement à ce qu'il est actuellement. Dire du manuel opératoire auquel je me suis arrêté depuis déjà longtemps qu'il est définitif, ce serait m'exposer à un démenti venu de moi-même ou des autres. Peut-être au contraire est-il perfectible, comme tout ce qui est chirurgical, j'allais même dire, comme tout ce qui est humain. Quoi qu'il en soit, j'estime que le moment est arrivé d'en parler; car, en résumé, il m'a procuré autant de succès, même dans des cas difficiles, que les autres procédés auxquels les chirurgiens de tous les pays ont recours le plus souvent et dont j'ai employé les principaux un bon nombre de fois.

Il se recommande par une grande simplicité, et je ne crois pas que, dans l'espèce, simplicité signifie insuffisance. Il est simple,

parce qu'il n'exige pas, pour être efficace, la reconstitution complète du canal inguinal. Il réalise le raffermissement durable de la paroi abdominale et l'occlusion de l'orifice inguinal superficiel, au moyen d'une unique série de points de suture ne formant qu'un plan. Le cordon spermatique émerge par le point normal, une fois les fils mis en place. Ce procédé reste donc très éloigné de l'ingénieux procédé de Bassini qui jouit d'une grande faveur, mais qui n'est pas toujours facilement réalisable.

Tous les chirurgiens qui ont préconisé un nouveau procédé de cure radicale des hernies (ils étaient déjà nombreux et leur nombre s'accroît tous les jours), ont une tendance naturelle à présenter leurs résultats comme supérieurs à ceux de leurs devanciers. Ils basent leur préférence sur des statistiques non dénuées de valeur, sans doute toujours incomplètes, attendu qu'il leur est impossible de revoir tous leurs opérés pendant plusieurs années après l'intervention. Or un contrôle prolongé serait la seule manière d'établir la véritable proportion des récidives tardives qui sont loin d'être rares. Les récidives même assez rapides échappent souvent à leurs consciencieuses recherches.

Je me trouve à cet égard dans le même cas que tout le monde. C'est pourquoi je ne me risquerai pas à affirmer que mon procédé est meilleur que les autres; il me suffit de penser et de dire qu'il n'est pas plus mauvais. La préférence que je lui accorde s'inspire, non seulement de sa simplicité et de sa facilité d'exécution, mais aussi d'un principe dont je m'écarte le moins possible dans les opérations qui portent sur les tissus fibreux et fibro-musculaires; c'est qu'il vaut mieux, lorsque la chose est possible, procéder par rapprochement, par coaptation, que par suture d'un côté à l'autre d'une section. Je m'explique. Il est plus aisé d'obtenir l'adhérence de larges plans que de bords étroits. Je crains moins l'étalement graduel des surfaces opposées que l'éraillement d'une cicatrice intermédiaire aux deux lèvres d'une aponévrose incisée. Si la solidité de cette cicatrice ne reste pas ultérieurement aussi grande que de suite après l'intervention, il me semble que le relâchement doit être moindre dans le premier cas que dans le second.

Illusion ou non, qu'on veuille bien ne pas oublier que je parle d'après des faits et non d'après des vues purement théoriques.

Ce procédé, tel que je vais le décrire, convient à toutes les hernies petites, moyennes ou déjà volumineuses, dans lesquelles l'épiploon ou l'intestin n'est pas uni au collet du sac par des adhérences de quelque étendue. Si des adhérences assez larges existent, il doit subir une modification que j'indiquerai ultérieurement.

I. — J'envisagerai en premier lieu le cas de la hernie sans adhérences.

Premier temps. — Incision des parties molles jusqu'au grand oblique exclusivement. Rien de particulier à indiquer si ce n'est qu'il faut faire remonter l'extrémité supérieure de la section des téguments jusqu'à une distance de 7 à 8 centimètres au-dessus de l'anneau inguinal superficiel. L'incision n'a pas besoin d'empiéter beaucoup sur les bourses. Sa longueur totale variera suivant les dimensions de la hernie, entre 10 et 14 centimètres environ.

Deuxième temps. — Isolement du sac. Il se fait comme dans toute

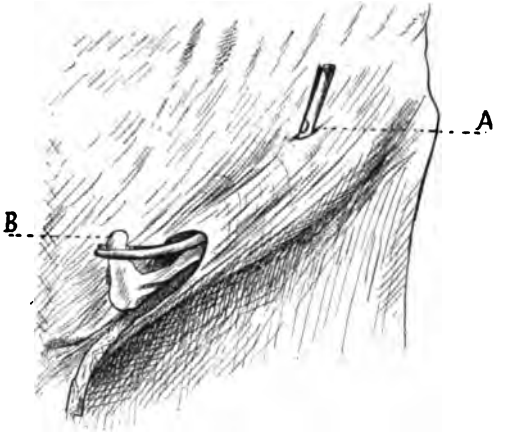


Fig. 1. — Le fond du sac est attiré par une pince spéciale vers une petite incision de la paroi abdominale (procédé de Kocher).

opération de cure radicale. L'emploi d'une compresse aseptique sèche, pour séparer les couches conjonctivo-musculaires de la séreuse, facilite singulièrement cette manœuvre parfois difficile. De la main gauche, on tend le fond du sac non ouvert et dénudé préalablement, dans une petite étendue, avec un doigt ou des pinces à dissection, et avec l'index de la main droite enveloppé par la compresse, on exerce des pressions vers le collet, à la limite des adhérences du sac avec le tissu cellulaire. L'isolement des éléments du cordon spermatique peut se faire de la même façon. Là où l'union des tissus est trop intime, l'emploi des pinces et des ciseaux devient nécessaire.

Une fois le sac bien isolé jusqu'à l'anneau inguinal superficiel, il faut en poursuivre le dégagement dans la profondeur du trajet inguinal, de manière à séparer complètement le collet des parties voisines, et à s'assurer qu'il n'existe pas un deuxième collet au

niveau de l'orifice profond du canal inguinal. Le moment est venu d'ouvrir le fond du sac, de l'explorer, de se rendre compte s'il y a des adhérences, entre la séreuse et les viscères, et quelle étendue elles ont; et, si elles font défaut, de refouler avec soin le contenu dans le ventre. Supposons la hernie entièrement réductible.

Troisième temps. — Traitement du sac. Originairement, je me contentais, après avoir fortement attiré le collet hors du trajet inguinal, de l'étreindre avec deux ligatures enchaînées, ainsi qu'on a coutume de le faire. Depuis quelque temps, j'ai adopté la façon de procéder de Kocher. Elle consiste, comme on sait, après qu'on a isolé le sac, qu'on l'a ouvert pour en constater les conditions intérieures et qu'on en a réduit le contenu, à faire une toute petite incision, parallèle à l'axe longitudinal du trajet inguinal, dans le muscle grand oblique et dans son aponévrose, en un point placé un peu plus haut que l'orifice profond du canal (fig. 1, A), ou simplement à 5 centimètres environ au-dessus des fibres arciformes de l'anneau inguinal. Par cette petite incision, on introduit une pince modèle Kocher, à mors courbes et notablement plus longs que ceux de la pince hémostatique, et on la fait sortir par l'orifice inguinal superficiel, après lui avoir fait suivre la face postérieure du grand oblique. Avec les mors à griffes de cette pince, on saisit le fond du sac dénudé et on l'attire vers la petite incision par laquelle a passé l'instrument, de manière à l'amener complètement au dehors (fig. I, B). A ce moment on tord légèrement le sac; sa lumière se trouve ainsi effacée, et l'orifice du collet, se plissant en étoile, se ferme à toute nouvelle irruption des viscères. Je crois que, pour la solidité, ce plissement vaut bien une double ligature enchaînée, d'autant plus que, avec deux ou trois points de suture séparés, on fixe les lèvres de la très petite incision sur le collet tordu. Il ne reste plus qu'à détacher, par un coup de ciseaux, toute la portion du sac qui dépasse le bord de cette incision, sauf un petit moignon qu'on doit garder en relief sur le plan fibro-musculaire. Il est important de ne donner à la petite incision que tout juste les dimensions nécessaires pour livrer passage au sac. On évite ainsi d'affaiblir inutilement la paroi au-dessus du moignon fixé par des points de suture.

Quatrième temps. — Reconstitution d'une paroi abdominale solide et tendue. C'est ici que le procédé se caractérise.

Le sac ayant été traité de l'une des deux façons dont il vient d'être question, le chirurgien a sous la main un canal inguinal béant et ne renfermant plus que les éléments du cordon. Je supposerai, pour la facilité de la démonstration, qu'il s'agit d'une hernie

inguinale gauche. Placé à la gauche du malade, l'opérateur introduit l'index de la main gauche, la face palmaire tournée en haut, dans le trajet inguinal, entre la paroi antérieure de ce dernier et le cordon spermatique que sa face dorsale maintient en bas, vers le plan du lit. En soulevant énergiquement cette paroi antérieure, il tend des deux côtés le muscle grand oblique et son aponévrose (fig. 2).

Alors, avec une aiguille de J. Reverdin courbe tenue de la main droite, il perfore le côté gauche de la paroi antérieure du canal à la

Fig. 2. — Index introduit dans le canal inguinal et soulevant la paroi antérieure pour tendre la paroi abdominale de chaque côté. Passage des anses de fil dans un plan perpendiculaire à l'axe du canal.

base du soulèvement opéré par l'index de la main gauche, immédiatement au-dessous du point où le collet du sac a été fixé; ou bien, si le sac a été traité par la double ligature ordinaire, dans le point où s'arrête par en haut le soulèvement opéré par l'index gauche. En faisant cheminer l'aiguille entre son index gauche et le muscle grand oblique, le chirurgien se garde de toute blessure du cordon. Il perfore ensuite la paroi antérieure du canal de la profondeur vers la surface, dans un point diamétralement opposé et absolument symétrique par rapport à la première transfixion, ouvre le chas de l'aiguille, et accroche une des extrémités d'une anse de fil qu'il ramène au dehors par l'orifice d'entrée. Il s'agit maintenant d'aller chercher l'autre extrémité du fil, de manière à exécuter un point de suture en U dont l'anse sera en dedans par rapport au canal, et dont les deux bouts émergeront par son côté externe (fig. 3).

Jadis je plaçais cet U dans un plan horizontal, parallèle à la paroi abdominale; mais cette façon de procéder a l'inconvénient de supprimer toute circulation dans la zone étreinte par la suture; comme il faut faire plusieurs points et que l'intervalle qui les sépare est faible, on risque de diminuer d'une manière dangereuse la vitalité des tissus dans le pli de soulèvement. La même objection peut être élevée contre la suture continue, à points alternants, sur toute la longueur de la base de ce pli, à laquelle j'ai eu également recours quelquefois. J'ai cru devoir attribuer une fois à ce mode de suture profonde un peu de gangrène consécutive à une cure radicale. Aussi ai-je tout à fait renoncé aux sutures en U horizontales. Maintenant je place toujours les fils dans des plans perpendiculaires à l'axe longitudinal du pli de soulèvement. Après avoir traversé avec l'aiguille la base de ce dernier, aussi loin que possible de son sommet, d'abord de la surface vers la profondeur, puis de la profondeur vers la surface au point opposé, et après avoir ramené un des chefs du fil, je renouvelle la même manœuvre en exécutant les deux dernières transfixions à un demi-centimètre environ au-dessus des deux premières, et je ramène l'autre extrémité du fil vers moi (fig. 2). Il ne reste plus qu'à nouer les deux bouts en serrant assez fortement mais sans exagération, pour assurer l'exacte coaptation des deux portions de la paroi abdominale soulevées en un pli et la persistance ultérieure de cette disposition. Le catgut n° 3 suffit lorsqu'il est souple et solide; le n° 4 est nécessaire dans les cas compliqués dont il sera question plus bas. J'ai renoncé à la soie.

Je place de cette manière, à un demi-centimètre l'un de l'autre, autant de fils qu'il en faut pour constituer un pli épais, formant bourrelet, jusqu'à l'orifice inguinal superficiel, et je continue de même sur les bords fibreux de l'anneau, tant que la laxité des tissus permet de faire de chaque côté deux transfixions superposées dans un même plan vertical. J'achève l'occlusion de l'anneau par en bas au moyen de deux ou trois points de suture simple, en ne laissant pour le passage du cordon que la place strictement nécessaire.

Le placement des fils suivant des plans verticaux offre l'avantage d'affronter largement l'une à l'autre les deux parties opposées de la couche fibro-musculaire, et comme les anses des fils étreignent les bandelettes de l'aponévrose du grand oblique perpendiculairement à leur dissection, elles ne peuvent absolument pas les dissocier.

Ceci étant fait, la paroi abdominale est fermement tendue des deux côtés; aussi le drainage est-il ordinairement inutile. Une douce compression suffit pour adapter le plan cutané au plan musculo-aponévrotique, après la suture superficielle qui constitue le cin-

quième et dernier temps de l'opération. Pour maintenir le pli dans toute sa hauteur, j'embroche son sommet avec tous les fils cutanés.

Si c'est sur la région inguinale droite qu'il doit agir, la position de l'opérateur est un peu moins commode. Il peut rester à la gauche du malade, sinon, s'il se place à droite, il faut qu'il soulève la paroi antérieure du canal au moyen de l'index gauche recourbé en crochet, le poignet étant fortement fléchi sur l'avant-bras par-dessus le corps de l'opéré, le dos de la main regardant les jambes de ce dernier.

II. — J'envisage maintenant un deuxième cas qui se présente

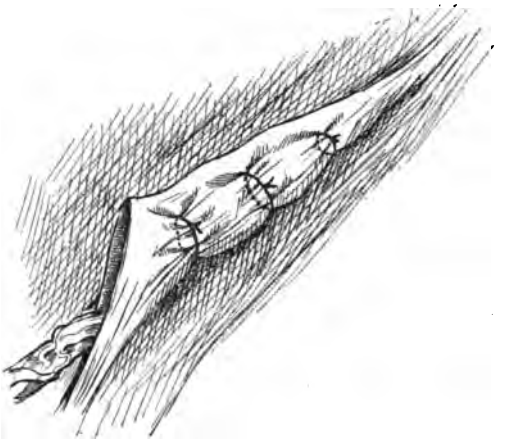


Fig. 3. — Les fils sont en place, les nœuds tournés du côté de l'opérateur, les anses du côté opposé. Un large pli est constitué : son arête sera embrochée par les fils de la suture cutanée.

même assez souvent; c'est celui où des adhérences étendues unissent l'épiploon ou l'intestin au sac. S'il n'existe qu'une ou deux petites brides cicatricielles épiploïques, au niveau du corps du sac ou même de son collet, rien n'empêche d'employer le procédé que je viens de décrire. Mais du moment que la situation n'est plus très simple, il faut revenir à la méthode qui permet le mieux de voir ce qu'on fait et d'opérer largement; et cette méthode, c'est l'incision de la paroi antérieure du canal inguinal jusqu'au delà de l'orifice profond, ou, pour mieux dire, jusqu'au point où les adhérences s'arrêtent. Il faut de toute nécessité renoncer au traitement du sac par le procédé de Kocher, et en pratiquer l'occlusion par la double ligature ou par telle autre façon d'agir qu'on jugera à propos d'employer.

Une fois le contenu de la hernie libéré, le sac lié, tordu, plissé ou tassé sur lui-même, on procédera à la suture de la manière suivante :

au lieu de superposer les deux plans formés par les deux moitiés de la paroi du canal, comme dans le procédé de Just Championnière, on les redressera tous deux de manière à ce qu'ils opposent l'un à l'autre leur face profonde, et on les réunira l'un à l'autre par un certain nombre de points de suture placés exactement comme dans le procédé du plissement sans section préalable de la paroi. Les fils seront donc dirigés de telle sorte qu'ils occuperont tous un plan perpendiculaire à l'axe normal du canal, et que d'un côté des lèvres musculo-aponévrotiques relevées il y aura les anses verticales de ces fils, et de l'autre les nœuds. De même chaque fil superficiel traversera les bords du pli tout près de la section; il sera ainsi suspendu à la suture cutanée.

III. — La même opération peut être exécutée sans fils perdus, de la manière suivante :

Au lieu d'employer des fils de catgut ou de soie, destinés à rester à demeure dans les tissus, il suffit de se servir de fils d'argent ou de solides crins de Florence qu'on passe de la même manière que plus haut dans le pli musculo-fibreux; seulement il faut en plus leur faire traverser les ligaments et les nouer ou les tordre extérieurement sur un petit rouleau horizontal de gaze iodoformée. Comme il y aurait danger de mortifier les téguments en serrant beaucoup les fils, je me demande si le pli maintenu indirectement n'a pas plus de tendance à s'étaler ultérieurement que lorsque les fils l'étreignent directement. C'est pourquoi je ne me sens pas très pressé de renoncer aux fils perdus.

Je recommanderais volontiers, si l'on voulait essayer de la suture sans fils perdus, d'introduire les fils dans des directions alternantes; de cette façon la moitié des nœuds serait d'un côté de l'incision des téguments, l'autre moitié au côté opposé. Peut-être les tractions et les adaptations profondes seraient-elles ainsi mieux assurées. Cependant, malgré cette précaution, je crois bien qu'un pli maintenu par des fils perdus au-dessus d'une paroi abdominale bien tendue et suspendu par sa crête à la suture superficielle, mérite plus de confiance que toute modification de mon procédé qui amènerait à comprendre dans les points de suture les plans profonds et les téguments.

DE L'EXCLUSION DE L'INTESTIN

Par MM. F. TERRIER et A. GOSSET

(*Fin* [1]).

OBSERVATIONS.

OBS. I (Trendelenburg). — *Carcinome du cæcum avec fistules stercorales. Exclusion. Péritonite. Mort.* (in Ernst Becker, *Deutsche Zeitschr. f. Ch.*, Bd. 39, S. 148-290, Leipzig, 1894.)

W..., âgée de cinquante ans. Entrée le 11 novembre, morte le 8 décembre 1885.

Opération le 2 décembre 1885. Laparotomie. Incision de 25 centimètres de longueur au-dessus du ligament de Poupart. Le point de l'intestin où l'iléon se transforme en colon, adhère à la paroi abdominale et constitue l'anus contre nature. Cette portion de l'intestin est occupée par une tumeur solide, de la grosseur du poing. Comme on rencontre, en outre, sur la séreuse intestinale et sur l'épiploon, un grand nombre de nodules carcinomateux, on renonce à l'extirpation. On coupe seulement, à une distance de 7 centimètres de la tumeur, les bouts afférent et efférent, et on anastomose les bouts intermédiaires libres, c'est-à-dire le bout inférieur du colon et le bout supérieur de l'iléon, par deux rangées de sutures à la Lembert. Chaque bout intestinal attenant à la tumeur est invaginé en lui-même et fermé en cul-de-sac au moyen de sutures de Lembert. On n'a exécuté de cette façon que l'exclusion de la portion malade du tube intestinal.

OBS. II (Hochenegg). — *Tumeur inflammatoire du cæcum. Exclusion ouverte du cæcum. Résection secondaire. Guérison.* (*Wiener kl. Woch.*, 1891, n° 53, p. 993-998 et 1895, p. 287.)

A. M..., âgé de trente-cinq ans. La maladie actuelle a débuté il y a plus d'un an par des vomissements, de la diarrhée, de fortes douleurs abdominales et de la fièvre. Huit jours plus tard, le malade était rétabli et pouvait reprendre ses occupations habituelles, mais à partir de ce moment, il commence à souffrir de légers accès douloureux dans la région iliaque droite, avec constipation opiniâtre. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, il est atteint de périostite du maxillaire gauche avec fièvre, en même temps que les phénomènes abdominaux réapparaissent. Le ventre est augmenté de volume, l'appétit a presque complètement disparu; il y a de la constipation et des douleurs continuelles à l'hypogastre.

1. Voir les numéros d'août et de novembre 1900.

Le malade entre à l'hôpital le 23 mars 1891. A l'examen, on constate l'état suivant. Poumons et cœur normaux; rate et foie non augmentés de volume. Dans l'abdomen, on ne trouve rien d'anormal, excepté un léger météorisme. Par contre dans la région iléo-cæcale, on sent une tumeur bosselée, cylindrique, de la grosseur d'un œuf de poule, très peu mobile, sensible à la pression. A ce niveau, il y a de la matité, et la zone de matité est plus étendue qu'il eût été naturel de s'y attendre, d'après la palpation. Selles normales, sans mucus ni sang.

Dans la clinique du professeur Kohler, deux injections de tuberculine n'avaient provoqué aucune réaction fébrile.

Un diagnostic ferme ne pouvait être posé, mais il était permis de penser que la tumeur constatée dans la région cæcale était de nature maligne. En même temps on devait admettre que la sténose déterminée par ce néoplasme était insignifiante. Le malade resta plus d'un mois dans la clinique du professeur Kohler. A la suite d'une faute de régime, il recommença de nouveau à souffrir, en même temps que la température s'élevait. Il fut transféré dans le service du professeur Albert.

Après avoir mis le malade en observation pendant quatorze jours, je considérais la tumeur du cæcum comme un carcinome et je conseillais au malade une intervention.

Laparotomie le 28 mai 1891.

Incision longue de 14 centimètres, parallèle à l'arcade crurale, à cinq travers de doigt au-dessus. Après ouverture du péritoine, on reconnaît immédiatement que la tumeur a son point de départ dans le cæcum. Ce dernier, avec la partie inférieure du colon ascendant et la partie inférieure de l'iléon, forme une masse arrondie, enveloppée de péritoine épaissi, avec des veines fortement dilatées. Après avoir prolongé la première incision, on peut s'orienter et on constate que la tumeur, par suite des adhérences qu'elle a contractées avec la paroi postérieure du bassin et les vaisseaux pelviens, est absolument inextirpable. A ce moment, je pensai à un carcinome du cæcum.

Comme il était probable qu'avec le développement de cette tumeur, le malade finirait par présenter des phénomènes de sténose plus marqués, je décidai de pratiquer une anastomose entre l'iléon et le colon et d'exclure la portion malade.

Je procédai de la façon suivante : après avoir appliqué de fortes ligatures sur le côlon ascendant et l'iléon à la périphérie des portions malades, j'appliquai des pinces de Rydygier près de la partie afférente de l'iléon et sur la partie efférente du colon, et je coupai l'intestin entre la ligature et la pince. Je réussis à rapprocher très facilement l'iléon du côlon et à les suturer rapidement. Dans ce cas, l'opération fut particulièrement favorisée par ce fait que les deux lumières intestinales avaient à peu près même calibre (côlon fortement rétracté, iléon fortement dilaté). Après l'entérorraphie, le côlon continuait directement l'iléon et après enlèvement des clamps, le contenu intestinal circulait facilement de l'iléon vers le côlon. Les deux bouts de l'anse exclue furent fixés à la paroi : l'iléon vers la partie médiane,

le côlon latéralement et plus haut. Par ces fistules, l'anse exclue communiquait avec l'extérieur.

Suites opératoires simples. Le troisième jour, émission de gaz par l'anus, selle. A partir de ce moment selle quotidienne spontanée et abondante. Les premiers jours, le pansement dut être changé plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, par suite d'un abondant écoulement muco-purulent.

Réunion de la plaie abdominale par première intention.

Pour diminuer la sécrétion, lavages du bout exclu avec un liquide indifférent. Un mois après, il n'y a plus dans le pansement que très peu de mucus.

Le 29 juin 1891, c'est-à-dire un mois après l'opération, le malade quitte l'hôpital. Il se porte bien. Bon appétit, pas de douleur, pas de fièvre. La sécrétion de mucus est insignifiante. Le malade pratique lui-même des lavages de la partie exclue avec un irrigateur.

En septembre 1891, la tumeur cæcale diminue de plus en plus et devient insensible à la pression. Depuis l'opération le malade a engraissé de 6 kil. Tout cela est en contradiction avec mon diagnostic et prouve qu'il ne s'agissait que d'une tumeur chronique inflammatoire.

4 décembre 1891. — La tumeur cæcale a encore diminué et les fortes et larges adhérences à la paroi postérieure de l'abdomen ont disparu en partie, en sorte qu'elle est devenue complètement mobile. On a l'impression qu'on pourrait l'extirper très facilement.

Le malade, qui est habitué à ses fistules, et qui n'en est pas gêné, refuse la proposition que je lui fais d'extirper la tumeur, et il retourne dans son pays.

Le 2 juillet 1892 (quatorze mois après l'opération), je reçois une lettre de mon malade dans laquelle il m'informe que la nature et la quantité des sécrétions ont complètement changé. Parfois, il s'écoule par les fistules de grandes quantités de contenu intestinal, semblable à des matières fécales. Après de telles évacuations, il s'écoule toujours pendant plusieurs jours du mucus et du pus, ce qui n'arrivait plus depuis longtemps. La sécrétion est très abondante. La dernière débâcle a duré deux jours et le malade a été obligé de changer les pansements jusqu'à trente fois par jour. Il rentre dans mon service en janvier 1893.

Il est pâle, très amaigri, tousse et est enroué. Les fistules secrètent beaucoup de mucus purulent. Dans la région iléo-cœcale on ne sent plus de tumeur. Le poids du malade a diminué de 6 kil.

Dans ces conditions, avant de me décider à pratiquer une deuxième opération, j'ai voulu amender l'état général. C'est ce qui est arrivé rapidement grâce au séjour à l'hôpital. Pendant toute la période de janvier à mars, je n'ai pas observé de sécrétion *purulente*, de sorte que je commençais à croire que le malade s'était trompé. La sécrétion muqueuse était assez abondante. Pour la diminuer, j'ai essayé de laver la partie intestinale exclue avec une solution à 1 p. 100 de glycérine iodoformée, mais le malade ne put supporter ce traitement. Cinq minutes après l'injection, il était pris de coliques, avec vomissements, diarrhée et l'on trouvait dans les selles des traces manifestes d'iodoforme.

Il y avait donc communication entre l'anse exclue et le reste de l'intestin. Cette communication n'avait pu s'établir qu'à la suite d'une perforation par ulcération de l'intestin exclu, après adhérence à une anse intestinale.

Je fis le raisonnement suivant : avec le temps, l'orifice de communication deviendra plus grand. D'après la nature des matières évacuées, la communication devait avoir lieu avec l'intestin grêle. Donc, avec le temps, le contenu de l'intestin grêle pourra être évacué en grande partie. Pour cette raison, je n'ai pas voulu attendre plus longtemps et le 12 mars 1893, j'ai pratiqué la deuxième opération.

Incision ovalaire autour des deux orifices fistuleux. Après ouverture du péritoine, j'essayai de tirer hors de la plaie la portion intestinale exclue, mais par suite de larges adhérences avec l'épiploon, cela fut impossible. Même après section de ces adhérences, il fut encore impossible d'amener l'anse exclue, à cause de fortes adhérences avec une anse grêle. C'est seulement après destruction de ces adhérences, qui n'existaient pas avant la première intervention, qu'on se rend compte d'une soudure intime entre l'iléo-cæcum et une anse grêle. J'amène au dehors l'anse exclue et l'anse grêle adhérente. Je peux alors constater que les anciennes adhérences à la paroi abdominale postérieure ont complètement disparu. Le volume et la forme de l'anse exclue représentent une figue fraiche, c'est dire que cette anse est plus petite qu'une même portion de cæcum et d'iléon à l'état normal. Les traces de l'ancienne union entre l'iléon et le côlon sont introuvables, les deux segments se continuant sans démarcation aucune.

On sépare l'anse iléo-cæcale de l'anse grêle au moyen du bistouri, et l'on met ainsi en évidence une communication entre ces deux portions. L'orifice de communication a la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Par suite de cette perte de substance considérable de l'intestin grêle, je suis obligé d'en réséquer environ 20 centimètres. Entérorraphie circulaire, suture de la paroi abdominale. Suites opératoires simples,

Un mois et demi après l'opération, le malade sort de l'hôpital. Après cette deuxième opération, il peut être considéré comme guéri.

Obs. III (Jessett). — *Néoplasme du cæcum. Exclusion unilatérale. Mort.* (de Bovis in *Rev. de Ch.*, Paris, 1900, n° 10, p. 529.)

Obs. IV (Obalinski). — *Exclusion fistuleuse pour anus contre nature. Résection secondaire. Guérison.* (*Centr. f. Ch.*, 1894, n° 49, p. 1193.)

Ce cas concerne un paysan âgé de trente-six ans, entré dans mon service en automne 1891 et portant un anus contre nature à la suite d'une hernie inguinale étranglée et négligée. Le 1er décembre 1891, je procède à la laparotomie dans le but de pratiquer une entérectomie avec enterorraphie. Mais en constatant que de très fortes adhérences s'étaient formées entre le cæcum et l'iléon, dans le voisinage immédiat de l'anse intestinale qui avait été atteinte de gangrène, j'ai renoncé à l'opération et je me suis borné à transformer au moyen de l'entérotome de Dupuytren l'anus contre nature en fistule stercorale, afin de pouvoir guérir ultérieurement cette

dernière par la méthode plastique. Mais cette opération n'ayant donné aucun résultat, je me suis décidé le 5 mars 1892 à pratiquer l'entéro-anastomose par la méthode de Hochenegg avec fixation des deux bouts de l'anse exclue à la plaie abdominale. Toute les matières fécales passaient, après cette opération, par le rectum, mais les deux fistules secrétaient une telle quantité de mucus visqueux que je fus obligé, cédant aux supplications du malade, de pratiquer, le 21 juin 1892, une deuxième laparotomie. J'ai réussi à extirper toute l'anse exclue et à obtenir la guérison.

Obs. V (Rudolf Franck). — *Tuberculose cæcale. Exclusion fistuleuse. Guérison.* (*Wiener kl. Woch.*, 1892, n° 27, p. 390-393.)

Femme de vingt-cinq ans, malade depuis un an. Tumeur dans le bas-ventre, tuberculose du cæcum très adhérent; le 20 mars 1892 laparotomie, extirpation impossible; aussi, exclusion par le procédé de Hochenegg. Iléo-colostomie et abouchement de l'anse exclue à la peau. Guérison.

Obs. VI (von Eiselsberg). — *Exclusion pour anus contre nature cæcal. Guérison.* (*Wiener kl. Woch.*, 1893, n° 8, p. 135-138).

Anus contre nature cæcal, consécutif à une périthyphlite suppurée. La malade perd rapidement ses forces. Laparotomie. La résection de la partie intestinale contenant la fistule est impossible. Exclusion totale (31 août 1892), iléocolostomie axiale, suture en cul-de-sac des deux bouts de l'intestin exclu. La fistule stercorale fonctionne comme soupape de sûreté. Immédiatement, selles par la voie naturelle. La sécrétion diminue graduellement et cesse complètement. Guérison complète et durable. Pendant les cinq premiers mois après l'opération, les forces de la malade augmentent du simple au double.

Obs. VII (W. Körte). — *Fistule stercorale du colon transverse post-opératoire. Exclusion. Guérison.* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin 1894, n° 48, p. 715).

Le malade que je vous présente a été guéri finalement par une série d'interventions et l'ablation d'une grande partie de son intestin.

Le malade, qui a vingt-cinq ans, fut reçu, en novembre 1891, à l'hôpital avec le diagnostic d'iléus. Quatre jours auparavant il avait été atteint de douleurs très vives dans le côté droit du ventre, douleurs qui se généralisèrent ensuite à tout l'abdomen. Des vomissements suivirent, bientôt fécaloïdes. Dès l'entrée à l'hôpital, on fit des lavages de l'estomac qui ramènent des matières fétides. Un lavement ne ramène rien. Le diagnostic reste hésitant entre occlusion intestinale et péritonite. Cette dernière hypothèse était la plus probable et fut acceptée.

Opération le 17 novembre. Laparotomie. Évacuation d'une grande quantité de pus séreux. Lavage. Drainage.

Dans les premiers jours, symptômes encore très nets de péritonite. Puis le mal se calme lentement, et le 27 : une première selle. Il reste une fistule qui se dirige vers l'appendice vermiculaire. C'est pourquoi : deuxième opération le 16 mars 1892. Extirpation de l'appendice et guérison complète, ut

L'examen du pus évacué lors de la première opération montra une grande quantité de staphylocoques et de saprophytes. Le péritoine dont on put voir une grande partie lors du lavage et du tamponnement était dans un état de vive inflammation. De petites granulations pouvant faire croire à la tuberculose ne furent trouvées nulle part. L'appendice enlevé lors de la deuxième opération fut étudié avec grand soin, macroscopiquement et microscopiquement. Il était dans un état d'inflammation chronique avec perforation. La muqueuse était détachée, plissée, et la sous-muqueuse envahie par des leucocytes. On ne trouva aucun tubercule.

Le malade fut dans un état satisfaisant de mars à août 1892. Il n'avait pas de fièvre, son intestin fonctionnait normalement, cependant il n'augmentait pas de poids, malgré une très bonne alimentation. Il restait pâle et faible. Les examens répétés du poumon ne donnèrent aucun résultat positif.

En août 1892 (neuf mois après la première opération), on sentit pour la première fois, au côté droit de l'abdomen, une résistance en forme de boudin allant du cæcum au rebord costal. Comme on supposait qu'il y avait là ou bien de l'inflammation, reste de la péritonite, ou bien un début de tumeur, on procéda à une troisième intervention le 27 août 1892.

Sur le côté droit du ventre, incision en partie dans la cicatrice de la seconde opération et s'étendant le long du boudin. Une fois le ventre ouvert, on trouva le cæcum et le côlon ascendant très épaissis et sur la séreuse quelques petites granulations grises. On procéda donc à l'extirpation de la partie malade. L'iléon fut coupé entre deux ligatures à quelques centimètres en amont de la valvule iléo-cæcale. Le cæcum et le côlon ascendant furent libérés jusque tout près de l'angle droit du côlon, en même temps que l'on détachait le mésentère et le méso-côlon. La paroi de l'intestin était très peu résistante, plusieurs fois elle se déchira, laissant voir des végétations polypeuses sur la muqueuse intestinale, végétations que l'on regarda d'abord comme cancéreuses. A l'endroit où on avait coupé l'intestin, on n'avait pas encore atteint la muqueuse saine, mais comme l'intervention avait déjà été très sérieuse et que je désespérais de trouver une muqueuse de côlon saine, l'opération s'arrêta là, les deux extrémités intestinales furent suturées l'une à côté de l'autre et tamponnées tout autour avec de la gaze iodoformée. Le malade supporta très bien l'opération et évacua le contenu de son intestin exclusivement par son anus contre nature.

L'examen microscopique de la portion réséquée montra qu'il s'agissait d'une lésion tuberculeuse de la muqueuse de l'intestin. Le malade fut nourri abondamment (huile de foie de morue, créosote).

Le 27 octobre 1892, on appliqua l'entérotome, sans résultat. C'est pourquoi, le 19 novembre 1892, on se décida à une laparotomie (quatrième opération) et on réséqua encore 21 centimètres du côlon. La muqueuse n'était pas encore en cet endroit tout à fait normale, la section du côlon fut fermée par un double plan de sutures et une anse de l'iléon fut anastomosée dans le côlon à 2 centimètres plus bas et sur le côté du côlon.

Le fait que la muqueuse du côlon n'était pas encore tout à fait saine fit, encore une fois, échouer le résultat.

Le 23 novembre, il sortit encore des matières par la plaie, tamponnée à la gaze iodoformée.

Le 27 novembre apparut pour la première fois une selle par le rectum. Cependant il se forma peu à peu une fistule stercorale par laquelle se vidait presque tout le contenu intestinal.

Comme les deux lumières intestinales étaient l'une à côté de l'autre avec, entre elles, un éperon très net, on essaya encore une fois à l'aide de l'entérotome de Dupuytren de rétablir une communication plus large entre le gros intestin et l'intestin grêle. Après trois applications de l'entérotome, du 2 janvier au 18 février 1893, on trouva que la communication était assez large. C'est pourquoi le 27 février 1893 (5e opération) on essaya de fermer la fistule stercorale par un lambeau en pont, d'après la méthode de Dieffenbach. Les matières fécales se frayèrent cependant encore un chemin au dehors. Ces nombreux essais infructueux étaient décourageants pour tout le monde. Le malade cependant tenait à être débarrassé de sa fistule stercorale qui le condamnait au lit.

C'est pourquoi, le 13 mai 1893 (6e opération), on ouvrit encore une fois l'abdomen, cette fois sur la ligne médiane. L'anse d'intestin grêle qui conduisait à la fistule fut sectionnée entre deux ligatures à environ 12 centimètres en amont de la fistule. La partie distale fut fermée, la partie proximale fut abouchée dans l'S iliaque qui avait été attirée hors de la fosse iliaque gauche. En amont de cette implantation, on ferma le colon par des sutures afin de fermer le chemin de retour vers la fistule à travers le colon descendant et le colon transverse. Fermeture de la plaie abdominale.

Il s'était trouvé que la partie médiane de la cavité abdominale était restée absolument indemne malgré la suppuration datant d'un an et demi, et seulement quelques adhérences laissaient voir qu'il s'y était passé une inflammation. Pas de tubercules. Après résection de tout le côlon transverse et descendant, l'iléon était ainsi directement abouché dans l'S iliaque.

Le 18 mai, pour la première fois, apparurent des selles moulées par l'anus. Malheureusement cet état ne dura que jusqu'au 26 novembre, jour où une partie du contenu intestinal sortit de nouveau par la fistule. Sans doute les sutures avaient cédé. Il était donc nécessaire d'intervenir encore une fois pour rétablir l'évacuation normale par l'anus.

Le 3 juin 1893 (7e opération) laparotomie sur le bord gauche du grand droit. L'endroit de l'implantation fut recherché, mais ne fut pas trouvé, à cause des adhérences de nouvelle formation, c'est pourquoi on poursuivit aussi loin qu'on pût vers la gauche le côlon transverse, on le sectionna et on ferma par des sutures, séparément, les deux sections. Maintenant l'évacuation normale était assurée. Par l'ancienne fistule, ne sortaient plus que des mucosités. Je tenais le malade pour guéri. Mais lui ne pensait pas comme moi, car la sécrétion de mucus, pour faible qu'elle était, le forçait à porter un bandage. Il voulait être débarassé même de cela pour être guéri tout à fait.

Je dus céder à ses instances et j'extirpai, le 28 juillet 1893 (8e opération), toute la partie de l'intestin que j'avais exclue, c'est-à-dire :

1° Le reste du colon transverse;

2° L'anse de l'iléon qui avait été fermée lors de la 4e opération;

3° L'extrémité de l'iléon fermée lors de la 6e opération.

Cette partie de l'intestin fut enlevée après qu'on eut détaché le mésentère et le méso-côlon petit à petit.

Après cette opération si sérieuse, la guérison se fit, complète.

Obs. VIII. (von Eiselsberg). — *Fistule stercorale de l'iléon post-opératoire. Exclusion. Mort.* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1898, Bd. LVI, p. 281-322.)

Tumeur et rétrécissement du cæcum, à la suite de péri-typhlite récidivante.

Résection du cæcum. Par suite d'adhérences étendues des anses inférieures de l'iléon, l'entérorrhaphie directe est impossible. Incision latérale d'une anse libre de l'intestin grêle et suture des bords de la plaie aux bords de l'incision transversale du gros intestin (iléo-colectomie latérale). Fixation rapide de la lumière de l'intestin grêle dans la plaie abdominale. Presque le tiers de toute la masse fécale se vidait par cette fistule stercorale. Afin d'obtenir la guérison de cette fistule, on coupe (deux mois et demi plus tard, juin 1893) transversalement l'intestin grêle juste au-dessus du paquet intestinal soudé par des adhérences, on ferme son bout distal en cul-de-sac, et on implante le bout proximal dans une fente latérale de la flexure. Mort vingt-quatre heures après, de péritonite foudroyante, provoquée par un vieux abcès intra-péritonéal ouvert par mégarde au cours des manœuvres nécessitées par le décollement des adhérences.

Obs. IX. (Narath). — *Fistule intestino-vaginale. Exclusion. Guérison.* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1895, p. 330-414.)

Femme de trente-deux ans, ayant présenté à la suite d'un accouchement laborieux, une fistule intestino-vaginale. Le 17 juillet 1893, elle est reçue à la clinique de Billroth. Très amaigrie, elle se plaint de douleurs; œdème des jambes et des pieds, écoulement muqueux par le vagin, rien aux poumons.

Le toucher montre que la muqueuse vaginale est très tuméfiée, avec des ulcérations et des cicatrices; on ne peut arriver au fond du vagin ni mettre à nu le col utérin. On ne sent pas les ovaires. Par le palper abdominal, on sent, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, ronde, peu mobile, du volume d'une petite pomme, qui doit être constituée par l'utérus déplacé et fixé. L'injection de liquide coloré par l'urèthre et par le rectum montre qu'il n'y a pas communication de ces organes avec le vagin. Au contraire, on s'aperçoit qu'une heure ou deux après les repas, les aliments sortent par le vagin; ils sortent liquides, plus ou moins colorés par la bile.

Diagnostic : communication large d'une anse intestinale haut située soit avec l'utérus, soit avec le vagin, par conséquent fistule jéjuno-utérine ou jéjuno-vaginale. Le 28 juillet 1893, on fait l'opération. Laparotomie médiane commençant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic et descendant jusqu'au pubis. Malgré cela le jour n'était pas suffisant; aussi, débridement latéral

droit au-dessus de l'ombilic. On constate que la tumeur révélée par l'examen est véritablement l'utérus, très adhérent par sa portion cervicale. A sa surface postérieure, on trouve des fausses membranes. Pour bien se rendre compte de ce qui se passe au niveau de l'intestin, on attire au dehors une grande partie de l'intestin grêle. Le gros intestin est normal, l'appendice et le cæcum sont à droite de l'utérus. Si l'on poursuit l'intestin grêle de bas en haut, on constate qu'il est fixé en arrière du col de l'utérus et à une distance de 18 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cæcale. De là l'iléon forme un angle aigu et remonte.

La plus grande partie de l'anse adhérente est également soudée à la paroi abdominale postérieure, de sorte qu'il est impossible d'en faire le tour. Le reste de l'iléon et la partie inférieure du jéjunum sont sains. Si on poursuit le jéjunum jusqu'en haut, on arrive sur une anse très haut située, fixée également en arrière du col, à la même masse. Cette anse est également adhérente à la paroi abdominale postérieure et derrière l'autre anse adhérente. Il est impossible, au moyen d'une bougie introduite dans le vagin, de déterminer laquelle des deux anses communique avec le vagin.

Il ne restait qu'à agir de la façon suivante. Section de la première anse adhérente, faite de telle sorte qu'on élimine ainsi d'une part 12 centimètres et de l'autre 8 à 9 centimètres. Les deux bouts de l'anse non exclue sont réunis par suture circulaire. La deuxième anse adhérente, celle qui dépend du jéjunum, est traitée de même façon et on exclut ainsi environ 30 centimètres. La continuité de l'intestin est rétablie par entérorraphie circulaire comme précédemment. Il s'agissait alors de traiter les deux anses exclues. Je voulais mettre les deux branches de l'anse parallèlement et les fixer ainsi. Ce fut possible pour l'iléon; pour le jéjunum, seulement au niveau du bord libre. Les deux ouvertures de l'iléon furent suturées dans l'incision transversale, et celles du jéjunum dans l'incision médiane de la paroi. Sutures. Guérison. (Voir fig. 6, 7 et 8.)

Obs. X. (von Baracz). — *Tumeur inflammatoire du cæcum avec invagination de l'iléon. Exclusion avec occlusion totale. Guérison.* (*Cent. f. Ch.*, 1894, n° 27, p. 623.)

H. Z..., âgé de dix-neuf ans, tailleur, eut, en juillet 1892, une crise douloureuse abdominale dans le côté droit du ventre, avec vomissements. Cette crise dura plusieurs jours. Après une guérison apparente, ces symptômes reparurent à plusieurs reprises pendant plus d'un an; les vomissements étaient de plus en plus fréquents, avec une diarrhée opiniâtre, et, en décembre 1892, le malade constata lui-même la présence d'une tumeur indurée à la partie latérale droite et inférieure de l'abdomen.

L'examen, pratiqué le 5 août 1893, permet de constater sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, une tumeur dure, lisse, du volume d'un œuf de poule, légèrement douloureuse, mobile de haut en bas, mais très peu mobile dans le sens transversal. Cette tumeur devint plus appréciable après qu'on eut fait prendre au malade de l'huile de ricin, mais sa nature ne fut pas révélée à l'aide de la disten-

sion artificielle de l'intestin. On fit le diagnostic de tumeur maligne du cæcum.

Le 13 août 1893, opération avec l'assistance des Drs Schramm et Pisek. Injection préalable de 0 g. 015 de morphine, puis alternativement éther et chloroforme. Une incision verticale de 10 centimètres de longueur est faite au niveau de la tumeur, que l'on trouve facilement malgré son siège profond. Après avoir prolongé cette incision de 4 centimètres, on constate que la tumeur a son point de départ au niveau du cæcum et que l'iléon est invaginé dans le cæcum et lui adhère fortement.

J'avais d'abord l'intention de pratiquer l'iléo-colostomie, mais comme la tumeur paraissait de nature maligne et que le malade était très jeune, je voulus tenter une opération radicale, c'est-à-dire faire la séparation entre le cæcum d'une part et d'autre part l'iléon et le côlon ascendant; bien que, *à priori*, le méso-côlon me semblât très court et épais, je projetai de rétablir la continuité de l'intestin par la méthode de Senn. Deux pinces intestinales de Makin furent placées sur l'iléon, celui-ci fut sectionné, le bout afférent invaginé et fermé par une suture à un seul étage. De même pour le côlon ascendant.

Je passai ensuite à l'extirpation du cæcum. Le mésentère de l'iléon fut d'abord ligaturé, puis sur une assez grande étendue, sectionné aux ciseaux. Comme la tumeur était profonde, qu'il y avait des adhérences nombreuses et solides, je reculai devant cette résection du mésentère, et j'entrepris la résection du méso-côlon et du méso-cæcum. Là aussi je rencontrai de grandes difficultés, par suite d'adhérences très résistantes et très vasculaires. Je remarquai même un gros cordon dur qui, partant du cæcum, se dirigeait en bas et en dehors vers une anse intestinale. Devant de telles difficultés, je reculai et ne continuai pas la résection.

Il me restait trois moyens pour terminer l'opération.

1° L'abouchement à la peau du côlon ascendant et l'occlusion de l'iléon (c'est-à-dire l'exclusion partielle avec anus artificiel).

2° L'abouchement des deux bouts dans la plaie (c'est-à-dire l'exclusion partielle avec double anus artificiel).

3° L'occlusion complète des deux bouts de l'anse exclue, c'est-à-dire l'exclusion complète avec occlusion totale, pour employer la nomenclature de Salzer. C'est ce dernier moyen que je choisis.

J'invaginai et je suturai l'extrémité de l'iléon, puis celle du côlon, enfin je pratiquai l'iléo-colostomie d'après le procédé de Senn, à l'aide de deux plaques de chou-rave.

Durée de l'opération : deux heures.

Onze mois après, le malade parait complètement guéri.

Obs. XI (von Erbach). — *Fistule iléo-vaginale, après hystérectomie, guérie par exclusion. Guérison.* (*Wiener kl. Woch.*, 1895, n° 24, p. 433.)

Femme de quarante ans, hystérectomie vaginale le 14 novembre 1892 pour cancer du col utérin. En septembre 1893, revient avec fistule vaginale. Le 16 décembre 1893, laparotomie, section de l'iléon au-dessus et au-des-

sous de la fistule, rétablissement de la continuité de l'intestin par entérorraphie circulaire; fermeture de l'un des bouts et abouchement de l'autre au niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale. Guérison.

Obs. XII. (Obalinski). — *Exclusion du côlon ascendant avec occlusion totale. Nécessité d'une résection secondaire.* (*Centr. f. Ch.*, 1894, n° 49, p. 1193.)

Jeune fille de vingt-quatre ans, présentant une fistule intestinale attribuée à l'actinomycose. On tombe sur une volumineuse tumeur du cæcum, lors de l'opération pratiquée le 25 avril 1894. On fait l'ablation du cæcum; mais, à cause des adhérences, il y a impossibilité absolue de réunir l'iléon au côlon ascendant. L'exclusion avec occlusion totale du côlon ascendant est alors pratiquée et l'iléon abouché dans le côlon transverse. Guérison parfaite. Il s'agissait de tuberculose du cæcum.

Suites éloignées. (*Wiener med. Presse*, 1897, n° 35, p. 1092.)

En décembre 1895, la malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans la partie droite de l'abdomen. Cette tumeur augmente, devient douloureuse et, en juillet 1896, elle s'ouvre au dehors en laissant échapper un liquide purulent et fécaloïde. Le 10 novembre 1896, la malade rentre dans le service et on constate que la fistule conduit jusque dans la portion exclue. Bains et lavages locaux.

Le 1er avril 1897, on fait une laparotomie et on extirpe complètement toute la portion exclue, on bourre la cavité ainsi créée avec de la gaze iodoformée et on referme. Guérison en trois mois. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait bien de tuberculose.

Obs. XIII (von Eiselsberg). — *Exclusion avec occlusion totale pour carcinome du cæcum et du colon ascendant, avec phénomènes de sténose et phénomènes douloureux. Guérison.* (*Wiener kl. Woch.*, 1896, n° 12, p. 201.)

Laparotomie le 5 juin 1894. Résection impossible. Exclusion avec occlusion totale. Les deux bouts de la portion exclue sont fermés en cul-de-sac et abandonnés dans la cavité abdominale. Disparition complète des douleurs et amélioration des symptômes de sténose. Mort onze mois après l'opération, des suites naturelles de l'affection causale.

Obs. XIV (von Eiselsberg). — *Fistule stercorale consécutive à l'extirpation d'un fibrome utérin. Exclusion annulaire de l'anse considérée comme la cause de la fistule. Guérison opératoire. Seconde intervention dix-huit mois après. Mort.* (*Wiener kl. Woch.*, 1896, n° 13, p. 226.)

Laparotomie en juillet 1894. Exclusion annulaire, vu l'impossibilité de la résection, d'une anse intestinale adhérente au petit bassin et que l'on considère comme la cause de la fistule. Au cours de l'opération, un cordon allant jusqu'à l'anse sigmoïde et que l'on croit plein, est laissé en place. Au début, sécrétion abondante; mais bientôt cette sécrétion diminue graduellement, de sorte qu'on peut considérer ce résultat comme une guérison. Mais dix-huit mois après l'opération, la sécrétion fécale augmente de nouveau et l'on en présume que le cordon mentionné plus haut est

pourvu d'une lumière. L'opération confirme cette hypothèse et l'on fait disparaître cette communication par une résection cunéiforme. En outre, deux anses intestinales, ainsi que le rectum, sont soudés par des adhérences et communiquent par de petites fistules avec une cavité purulente, située près de la partie intestinale exclue. Mort vingt-quatre heures après l'opération, des suites d'une septicémie aiguë.

A l'autopsie on constata que les adhérences contractées par les anses intestinales étaient si nombreuses et compliquées que le cas devait être considéré comme inopérable; la péritonite fut déterminée par la pénétration du pus de la cavité purulente dans le péritoine.

Obs. XV (Bier). — *Exclusion pour fistules stercorales. Guérison.* (*Münch. med., Woch.*, 1895, n° 51, p. 1197.)

Symptômes de périlyphlite en 1880, et consécutivement fistules stercorales. Le 10 septembre 1894, on essaya d'exclure le cæcum pour guérir ces fistules. L'opération fut particulièrement difficile. Il y avait eu de la péritonite généralisée et des adhérences s'étaient établies entre les anses grêles et le gros intestin. On crut qu'un segment du gros intestin particulièrement adhérent était formé par le cæcum et on en pratiqua l'occlusion. C'était une anse grêle que l'on avait exclue et, en présence de phénomènes d'occlusion, on dut refaire une laparotomie le lendemain. Comme il était difficile de s'y reconnaître, on fit un anus contre nature sur l'anse la plus distendue.

Le 8 octobre, on essaie d'établir une anastomose entre l'intestin grêle au-dessus de l'anus contre nature, et le côlon transverse. Mais on dut y renoncer, par suite de la trop grande distension des anses intestinales. C'est pourquoi on fit l'anastomose entre la première anse grêle bien mobile et libre dans le fond du bassin, et le côlon transverse. A partir de ce moment, les matières sortirent en partie par l'anus contre nature, en partie par le rectum. On essaya de fermer consécutivement cet anus artificiel en libérant le segment d'intestin sur lequel il siégeait, et en le suturant par un double lambeau à la Dieffenbach, sans succès d'ailleurs. C'est pourquoi on fit une 5e laparotomie à la malade et le segment intestinal conduisant à l'anus contre nature fut coupé transversalement et ses deux orifices complètement fermés. Depuis lors, toutes les matières passent par le rectum, les fistules stercorales ont disparu. On ne connaît pas exactement la longueur de l'intestin exclu, mais l'anse grêle sur laquelle porte l'anastomose avec le côlon transverse paraît être suffisamment bas sur l'iléon, car la nutrition de la malade n'a pas souffert.

Obs. XVI (Funke). — *Exclusion pour fistule cæcale. Guérison.* (*Prager med. Woch.*, 1895, nos 32, 33, p. 331 et 342.)

Homme de trente-neuf ans, ayant dans la région du cæcum une tumeur du volume du poing. On l'incise et il s'écoule d'abord du pus, puis des matières. Comme on ne pouvait arriver à fermer l'anus, Funke se décide à pratiquer une laparotomie et à faire la résection du cæcum. Mais il

y avait tellement d'adhérences et de tubercules miliaires sur la séreuse que l'on préfère tenter l'exclusion. L'iléon est sectionné à 10 cent. de la valvule de Bauhin, de même on sectionne le côlon transverse, et chaque extrémité de la portion exclue est fermée par invagination. Puis le bout proximal de l'iléon est implanté dans le côlon transverse. Durée de l'opération : deux heures. Le troisième jour, le malade eut une élévation de la température et Funke rouvrit la fistule. Il s'en écoula une grande quantité de mucus et de liquide fécaloïde. Le malade conserva une fistule, donnant lieu à un écoulement modéré.

Obs. XVII (Parkhill). — *Iléocolostomie. Extirpation du cæcum. Exclusion avec occlusion totale d'une portion d'iléon. Guérison.* (*Med. News*, Philadelp. vol. LXVII, 1895, n° 15, p. 402-404.)

E... B..., vingt ans, entré à l'hôpital le 4 août 1894. Opéré pour abcès appendiculaire, fistule stercorale consécutive.

Opération le 14 septembre 1894, section de l'iléon au niveau de sa terminaison; iléo-colostomie par le bouton de Murphy. Fermeture de l'iléon.

2e Opération le 8 décembre. Section du côlon ascendant au-dessus du cœcum. Fermeture du côlon. Puis ablation du cæcum, en laissant un segment d'iléon que l'on ferme avec soin. En somme, exclusion avec occlusion totale de l'iléon depuis la valvule jusqu'au point où il avait été coupé lors de la première intervention.

Obs. XVIII (Bier). — *Exclusion avec occlusion partielle pour rétrécissement iléo-cæcal. Guérison.* (*Münch., med. Woch.*, 1895, n° 51, p. 1198.)

R... W..., après guérison d'une périty phlite aiguë, souffrait depuis deux ans de crises douloureuses au niveau de l'intestin. Depuis novembre 1894, phénomènes de rétrécissement de l'intestin et amaigrissement. On fait le diagnostic de rétrécissement de l'intestin et on conseille une intervention.

Homme pâle, amaigri, d'aspect cachectique. Au niveau du côlon ascendant, on note une tuméfaction douloureuse, donnant à penser à une tumeur maligne.

Laparotomie le 31 janvier 1895. A la partie postérieure de l'abdomen, on trouve une tumeur dure, bosselée, très adhérente, au milieu de laquelle le cæcum, facile à reconnaître grâce à son appendice, ainsi qu'une partie du côlon ascendant, sont englobés et fixés. L'iléon, près de son abouchement dans le cæcum, est très dilaté. Au contraire, le côlon au sortir de la tumeur, est très réduit de calibre. L'extirpation est impossible.

L'iléon est sectionné en amont de la valvule iléo-cæcale, et le côlon ascendant est sectionné près de l'angle sous-hépatique. L'extrémité distale de l'iléon est fermée par une suture à la Lembert, l'extrémité proximale est réunie au côlon. L'extrémité proximale du côlon est abouchée à la peau, pour permettre l'écoulement du produit de l'anse exclue. Guérison.

Les troubles dont se plaignait le malade ont complètement disparu. Il est à remarquer que la tumeur, dont l'aspect pouvait faire croire à un cancer

rétrocéda si rapidement après l'opération, qu'on ne pouvait plus la sentir. En même temps, le malade a engraissé de 43 livres. On lui proposa de lui enlever l'anse exclue, mais comme il ne souffrait plus, il s'y refusa. La petite quantité de mucus qui s'écoule par la fistule est recueillie sur un peu d'ouate.

Obs. XIX (Keetley). — *Exclusion avec occlusion partielle pour anus contre nature siégeant sur l'intestin grêle. Guérison.* (*The Lancet*, London, July 25, 1896, vol. II, p. 226.)

Jeune femme de 17 ans présentant une tumeur au niveau de l'intestin grêle. Opérée une première fois; on établit un anus contre nature. Neuf mois plus tard, en avril 1895, on fit, pour la débarrasser de ces anus, *l'exclusion partielle* de l'anse grêle malade. L'un des bouts fut fermé et abandonné dans l'abdomen, l'autre amené à la peau. Rétablissement de la continuité de l'intestin par entérorraphie circulaire avec invagination, par la méthode de Maunsell. L'anse exclue secrétait fort peu et la malade guérit.

Obs. XX (Wölfler). — *Tuberculose cæcale. Exclusion. Guérison.* (*Prager med. Woch.*, 1896, p. 13.)

Homme chez lequel Gussenbauer fit une résection le 17 mai 1889, croyant à un carcinome. Il s'agissait d'une tuberculose du cæcum. L'iléon fut réuni au côlon. Bon état jusque Noël 1894, mais alors phénomènes de sténose. Laparotomie le 1er juin 1895; comme l'intestin adhère de tous côtés, on fait l'exclusion d'une grande masse d'instestin et les deux bouts sont abouchés à la peau. Six semaines après, extirpation très pénible du côlon exclu et adhérent. Guérison.

Obs. XXI. (Becker). — *Cancer du cæcum. Exclusion unilatérale. Mort.* (*Deut. Zeitsch. f. Ch.*, 1895, n° 29, p. 148.)

Obs. XXII (Borelius). — *Néoplasme du côlon ascendant. Exclusion unilatérale. Guérison* (*Egen erfarenhet om Murphys knapp i 16 fall.* (*Hygiea, Stockholm*, 1898, LX, p. 320.)

Elvira E., âgée de quarante-huit ans. Opération le 28 octobre 1896. Section de l'iléon à 10 centimètres au-dessus de sa terminaison et implantation du bout proximal au moyen du bouton de Murphy, dans le côlon transverse.

Obs. XXIII (Sargnon). — *Note sur un cas de cancer du cæcum traité par l'entéro-anostomose par implantation.* (*Lyon médical*, 1895, n° 31, p. 453.)

Opération le 13 juin 1895, par M. Jaboulay. Section de l'iléon à 6 centimètres au-dessus de sa terminaison, fermeture du bout distal et implantation du bout proximal dans le côlon ascendant, au moyen du bouton de Murphy. Guérison.

Obs. XXIV (Bier, *Münch. med.*, *Woch.*, 1895, n° 51, p. 1197).

J.-N..., tombe malade en avril 1894, d'une périty phlite aiguë, avec rechute en octobre 1894. Depuis cette époque, rétrécissement intestinal très marqué. Le malade fut envoyé à la clinique chirurgicale par la clinique médicale. Dans la fosse iliaque droite, on sent une résistance sur une étendue de la

largeur de la paume de la main, sensible au toucher. Par le rectum, on constate, dans la partie droite du petit bassin, une tumeur sensible au toucher et dont on ne peut atteindre avec le doigt la partie la plus élevée.

A la laparotomie, faite le 5 juillet 1895, on n'aperçoit pas l'appendice et on ne voit qu'une partie de la paroi antérieure du cæcum. Cæcum et appendice sont englobés dans une masse bosselée, dans laquelle disparait aussi une partie de l'épiploon. Cet épiploon fut détaché et récliné en haut. L'embouchure de l'intestin grêle dans le cæcum ne put être vue. Cependant on trouva que l'intestin grêle était adhérent à la paroi postérieure de l'abdomen, comme rétro-péritonéal, à 20 centimètres du cæcum; puis il se dirigeait vers le cæcum et disparaissait dans la tumeur. Pour ne pas tomber dans une erreur aussi funeste que dans le cas 3, on rechercha par la palpation l'intestin grêle à partir de l'endroit où il devenait libre jusque vers la partie supérieure. Plus haut, on retrouva une grande quantité d'intestin grêle, qu'on put poursuivre jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal. On procéda, exactement comme dans le cas précédent, à une exclusion. On exclut le cæcum, une partie du côlon ascendant et, suivant ce que l'on supposa, environ 30 centimètres d'intestin grêle. La guérison se fit sans encombre, le malade jouit de la meilleure santé et les accès de coliques ne sont jamais revenus. La fistule ne donne passage qu'à très peu de sécrétion, gênant très peu le malade.

Obs. XXV (Kammerer). — *Exclusion unilatérale pour fistule cæcale. Guérison.* (*New-York Med. Record*, 20 février 1897, vol. I, p. 253.)

W... R..., agé de vingt-huit ans, opéré le 27 mai 1895 pour un gros abcès appendiculaire, a conservé une fistule stercorale. Le 21 août, on ferme la fistule au moyen de quelques sutures n'intéressant pas le péritoine, et, par la laparotomie, on pratique l'intervention suivante : l'iléon est sectionné à quelques centimètres au-dessus du cæcum; son bout distal est fermé, tandis que le bout proximal est anastomosé dans le côlon transverse au moyen du bouton de Murphy. Durée de l'opération : deux heures. — Le bouton tombe au 8e jour.

La fistule coutinue pendant quelques temps à fournir un certain écoulement, elle se ferme en octobre. Pendant les deux premières semaines, on note des coliques dans le côté droit de l'abdomen, puis tout alla bien.

Obs. XXVI (Wiesinger). — *Exclusion avec occlusion totale secondaire.* (*Münch. med. Woch.*, 1895, t. XLII, n° 51, p. 1182.)

Malade âgé de trente-et-un ans. Exclusion du côlon transverse, du côlon descendant et d'une partie de l'anse sigmoïde, pour ulcérations (?). Le côlon ascendant est réuni à l'anse sigmoïde. Le bout distal du côlon descendant est suturé et réduit dans l'abdomen; le bout proximal du côlon tranverse est laissé ouvert et suturé à la peau pour permettre l'évacuation du segment exclu, ainsi que la possibilité de lavages. Un mois et demi plus tard, alors que la secrétion est devenue insignifiante, la fistule est fermée avec plein succès. Guérison. — C'est donc une exclusion avec *occlusion totale secondaire.*

Obs. XXVII (Conrath). — *Exclusion totale du cæcum pour fistule stercorale par tuberculose cæcale. Mort.* (*Beitrag für kl. Ch.*, 1898, p. 1.)

Femme de trente-cinq ans. En juin 1894, douleurs abdominales et formation d'un abcès iliaque droit qui s'ouvre spontanément en août. Opération le 10 novembre 1895. Laparotomie. Le cæcum et la partie inférieure de l'iléon, très adhérents, sont laissés en place. Section du côlon ascendant au-dessus de l'anus artificiel et fermeture des deux bouts. Section de l'iléon et fermeture des deux bouts. Anastomose iléo-colique. — Mort quelques heures après l'opération.

Obs. XXVIII (Friele). — *Néoplasme du côlon descendant. Anus artificiel. Exclusion. Guérison.* (*Medizinsk Revue*, Bergen, déc. 1895, p. 353 et suiv.)

Homme de soixante-quatre ans, atteint d'un néoplasme du côlon descendant. Dans une première intervention, établissement d'un anus artificiel sur le côlon ascendant. Quelques jours plus tard, exclusion totale du côlon descendant et abouchement du colon transverse avec l'S iliaque. Deux opérations ultérieures permirent de fermer l'anus artificiel. — Le malade meurt cinq semaines plus tard d'occlusion intestinale, et, à l'autopsie, on trouva un étranglement siégeant au niveau de l'intestin grêle. — L'anse exclue mesurait 42 centimètres de long et renfermait 50 grammes de liquide fécaloïde.

Obs. XXIX (v. Eiselsberg). — *Tumeur cæcale après périlyphlite. Exclusion du cæcum. Guérison.* (*Wien. kl. Woch.*, Bd. 54, Heft 3).

Laparotomie. Iléocolostomie axiale. Exclusion du cæcum et fixation dans la plaie des deux extrémités de l'anse exclue. La fistule sécrète à peine un peu de mucus. Extirpation de la portion exclue sept mois après la première opération. Guérison.

Obs. XXX (Wölfler). — *Obs. inédite*, in *Conrath* (*Beitr. zur. kl. Ch.*, 1898, Bd. XXI, p. 1). *Exclusion du cæcum et du côlon ascendant. Guérison.*

Femme de trente-deux ans, trois accouchements normaux; il y a deux ans, fausse couche de sept mois; depuis, douleurs dans le bas ventre.

30 novembre 1893. — On sent dans la fosse iliaque droite une résistance diffuse, sensible à la pression, avec, dans la profondeur, de la fluctuation. Le toucher vaginal fait constater une masse fluctuante dans le cul-de-sac de Douglas.

En décembre 1893, incision au niveau de la tumeur; il s'écoule un pus épais collecté derrière le cæcum. On arrive ensuite sur une seconde poche purulente entre la paroi et le côlon. Évacuation. Drainage. Tamponnement des deux cavités.

En juin 1896, la malade se présente à la Clinique se plaignant de douleurs, de diarrhées fréquentes. Éventration du niveau de la première incision. A l'examen, malade amaigrie, abdomen ballonné, météorisme. Dans la fosse liaque droite on constate une tumeur douloureuse, inégale, mobile, mesurant 15 centimètres de long sur 15 centimètres de large.

Opération le 10 juin 1896; incision suivant la cicatrice. Adhérences du grand épiploon qui est lié et réséqué. La tumeur correspond au cæcum et au côlon ascendant, tandis que l'iléon est presque intact. Adhérences du cæcum et du côlon ascendant avec les ganglions et la paroi pelvienne, aussi décide-t-on de pratiquer l'exclusion. Résection du côlon ascendant au niveau de l'angle colique droit, résection de l'iléon au niveau de son abouchement. Apposition latérale des bouts de l'intestin réséqué. Suture des orifices de la portion exclue dans la plaie abdominale. Tamponnement provisoire des orifices à la gaze iodoformée. Le jour suivant diarrhée intense, l'anse exclue sécrète beaucoup, il s'écoule du pus, des mucosités et aussi des matières fécales et dans cet écoulement on peut constater la présence du bacille tuberculeux. A la périphérie de l'intestin exclu, il se fait de petits abcès avec fistules purulentes. La tumeur devient plus diffuse, plus molle. Le doigt introduit dans l'anse exclue, perçoit une infiltration dure des parois, avec par place des ulcérations. Adénopathie inguinale droite et gauche. Mais l'état général malgré tout s'améliore, la malade quitte l'hôpital.

Six mois après l'opération, la tumeur paraît avoir diminué. Pas de fièvre, état général bon, la malade ne consent pas à l'extirpation de la tumeur.

Un an après, l'état général est moins bon, la tumeur semble avoir augmenté; cependant, pas de troubles digestifs, et la sécrétion est minime.

Obs. XXXI (von Eiselsberg, *Wiener kl. Woch.*, Bd. 54, Heft 3).

Tuberculose du cæcum, du côlon ascendant et de l'angle du côlon transverse. Exclusion de ces parties avec fixation des deux bouts dans la plaie extérieure. Iléocolostomie axiale. Guérison. Mort deux mois après des suites de la maladie principale (tuberculose).

Obs. XXXII (Kammerer). — *Exclusion pour fistule stercorale après appendicite. Guérison.* (*New-York Med. Record*, 20 février 1897, vol. I, p. 253.)

G... T..., âgé de quarante-huit ans, opéré trois fois pour des suppurations appendiculaires, de février à octobre 1895. Il en conserve une fistule stercorale. En février 1896, première opération qui consiste à sectionner l'iléon à six pouces du cæcum, à aboucher le bout proximal dans le côlon transverse au moyen du bouton de Murphy, et à fermer le bout distal. Pas d'amélioration. Deuxième opération en novembre 1896, ayant pour but de supprimer la fistule. De nombreuses adhérences gênent les manœuvres opératoires et on arrive péniblement à réséquer une partie du gros intestin ainsi que le segment d'iléon. La fistule se reproduit. — Troisième opération le 17 décembre 1896. Laparatomie qui permet de constater que l'anastomose iléo-colique fonctionne bien. On sectionne le côlon transverse à droite de cette anastomose et on ferme les deux ouvertures, de façon à isoler le côlon ascendant et l'angle droit du côlon transverse. La fistule ne donne plus lieu qu'à un léger écoulement et l'auteur se propose d'intervenir plus tard pour la fermer.

Obs. XXXIII (Steinthal, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1896, p. 107).

Chez une malade présentant, à la suite d'une périty phlite, une fistule

cæcale, on pratiqua l'implantation d'une anse intestinale grêle dans le côlon ascendant, étant donné que, par suite des ulcérations tuberculeuses du cæcum et par suite de l'impossibilité de réséquer la tumeur, la guérison n'aurait pu être obtenue par un autre moyen. Le bout distal du cæcum fut invaginé en réunissant par une suture double, et le neuvième jour, *mort*. (Choloroforme.) Autopsie, pas de péritonite. Pneumonie droite. Dégénérescence graisseuse du foie, du cœur, néphrite hémorrhagique.

Obs. XXXIV (von Eiselsberg). — *Lymphosarcome inopérable de l'iléon. Exclusion avec fistule distale. Guérison.* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1898, Bd LVI, p. 305.)

Malade âgé de vingt-six ans. Huit semaines avant l'entrée à l'hôpital, il tombe brusquement malade Coliques, vomissements, constipation. Ces symptômes disparaissent après un certain temps. Il y a quatre semaines, le malade s'aperçoit par hasard de la présence d'une tumeur dure dans la cavité abdominale.

Diagnostic : tumeur maligne.

Laparotomie (28 janvier 1897). Le péritoine ouvert on aperçoit facilement une tumeur de l'iléon (occupant une étendue de 18 à 20 centimètres) ayant transformé cette partie intestinale en un tube rigide et bosselé. La tumeur se trouve à une distance de 40 centimètres de la valvule de Bauhin. La résection ne semblait pas être indiquée. La dilatation de l'intestin au-dessus de l'obstacle et les crises répétées de coliques rendaient nécessaires l'exclusion de la stricture.

Il fut donc décidé de pratiquer l'exclusion intestinale; il s'agissait seulement de savoir si l'on pratiquerait l'exclusion partielle ou totale. En me rappelant le cas de lympho-sarcome de l'intestin grêle que j'avais opéré deux mois auparavant (où la perforation de la tumeur avait amené la formation d'un abcès stercoral intrapéritonéal), je me suis décidé à pratiquer l'exclusion avec occlusion partielle.

Après avoir ligaturé provisoirement l'iléon avec de la gaze iodoformée et décollé environ 10 centimètres de mésentère, l'iléon est coupé transversalement à une distance de 15 centimètres environ au-dessus de la tumeur, le bout distal est invaginé en lui-même et fermé par quelques sutures; le bout proximal est provisoirement fermé par un tampon, enveloppé dans une compresse et tiré en dehors de la plaie abdominale. La continuité du canal intestinal est rétablie au moyen d'une entérorraphie circulaire; le bout distal de la partie intestinale exclue est fixé dans la plaie abdominale. La fente mésentérique est fermée au moyen d'une suture en cordon de bourse de façon telle qu'il ne reste aucune fossette. Fermeture exacte de la plaie abdominale.

Comme le bout distal de la partie exclue pendait comme un pénis (comme dans la méthode de colostomie de Lauenstein) au-dessus du niveau de la paroi abdominale, on en réséqua encore environ 6 centimètres; il en resta encore environ 5 centimètres, et pour éviter l'infection de la plaie abdominale par le suc intestinal, la lumière fut fermée provisoirement par

une ligature. Les deux premiers jours après l'opération, fortes douleurs localisées suivant la ligne médiane. Pour cette raison la ligature provisoire est enlevée. Quoiqu'il ne s'écoulât pour le moment qu'un peu de mucus, les phénomènes disparurent. Le jour suivant, sécrétion abondante de mucus.

En dernier lieu, il était nécessaire de changer deux fois par jour les pansements. Le malade quitta le lit deux semaines et demie après l'opération dans un état tout à fait satisfaisant.

Le malade se rétablit, mangeant avec appétit, n'ayant plus de coliques, mais très incommodé par la sécrétion abondante de suc intestinal. Deux mois et demi après l'opération le malade quitta l'hôpital. En mai, quatre mois après l'opération, il se présenta de nouveau à l'hôpital : pas de douleurs, — *mais toujours sécrétion abondante* de suc intestinal (en vingt-quatre heures deux pansements en laine végétale sont complètement trempés). Les derniers renseignements (qui datent de novembre) sont favorables.

Obs. XXXV (von Eiselsberg). — *Carcinome inopérable du cæcum, avec légers symptômes de sténose et phénomènes douloureux. Exclusion avec fistule distale. Mort.* (*Arch. f. kl. Chir.*, Berlin, 1898, Bd LVI, p. 303.)

Homme âgé de trente et un ans. Depuis trois ans, souffre de douleurs abdominales. Au mois de mai de l'année passée, après un violent accès douloureux, le malade s'aperçoit qu'il porte une tumeur dans la région cæcale. Depuis ce moment (pendant les quatre mois) toutes les 5-10 minutes — accès de douleurs violentes localisées dans la région ombilicale. Diagnostic : tumeur cæcale maligne. Laparotomie (7 février 1897). Vu les nombreuses adhérences, la tumeur est inopérable. En prenant en considération les crises violentes de coliques qu'on ne pouvait attribuer qu'au passage de gaz et de matières fécales à travers la stricture carcinomateuse, l'exclusion totale semblait être indiquée. Après ligature préalable avec une mèche de gaze iodoformée, l'iléon est coupé transversalement tout près et en avant de la valvule de Bauhin et le côlon ascendant au-dessous du carcinome; iléocolostomie axiale à l'aide du bouton de Murphy. La lumière proximale de la partie exclue est suturée en cul-de-sac; le bout distal est fixé à la plaie extérieure. La fente mésentérique, en partie grâce à une suture en cordon de bourse, en partie grâce à l'inclusion du bout fermé en cul-de-sac, est fermée de façon à ce qu'un étranglement interne ne puisse pas se produire.

Le malade mourut vingt-quatre heures après l'opération des suites d'une péritonite aiguë. Pendant ce temps la fistule avait sécrété beaucoup de mucus et de matière fécale. A l'autopsie on constata qu'il s'agissait dans ce cas d'un adéno-carcinome ulcéré inopérable. On trouva une péritonite perforante aiguë et purulente ayant pour origine l'endroit de l'iléocolostomie, où se trouvait le bouton de Murphy.

Je ne sais pas s'il faut attribuer le résultat défavorable à la mauvaise application du bouton, ou au fonctionnement défectueux de son ressort (c'était la première fois que je me servais d'un bouton de provenance non américaine).

Les crises douloureuses étaient provoquées par le passage des matières fécales à travers le carcinome ulcéré.

Obs. XXXVI (von Eiselsberg). — *Fistule stercorale consécutive à de la paramétrite. Exclusion de l'intestin. Guérison.* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1898, Bd LVI, p. 288.)

Femme âgée de trente quatre ans. Jusqu'à l'âge de dix-neuf ans (époque de son mariage) elle s'est toujours bien portée, elle n'a jamais été enceinte. Il y a quatre ans, la malade ayant soulevé un fardeau lourd, ressent brusquement une douleur violente dans l'abdomen. Cinq semaines plus tard une grande quantité de pus est evacuée par le vagin. Les douleurs diminuent, et la malade, après avoir été alitée pendant quinze semaines, peut de nouveau vaquer à ses occupations. Il se développe, cependant, une tumeur, à droite de la ligne médiane. Incision, évacuation de pus, et plus tard d'une petite quantité de matières fécales. L'état de la malade s'améliore un peu, mais de petites quantités de pus et de matière fécale continuent à être évacuées par le vagin et par la fistule stercorale située à droite.

En octobre 1896, après infiltration préalable de la paroi abdominale, il se forme spontanément, à gauche de la ligne médiane, deux plaies, qui sécrètent du pus et de la matière fécale. A partir de ce moment les coliques disparaissent et la malade se sent bien, mais elle est, bien entendu, très incommodée par la sécrétion de pus et de matières fécales qui a lieu par les deux fistules de la paroi abdominale, ainsi que par le vagin. Quoique, les derniers temps, il ne sorte plus de matières fécales par le vagin et par la fistule stercorale située à droite, la malade entre à l'hôpital dans l'espoir de se débarrasser de ses fistules stercorales situées à gauche.

A l'examen de la malade on constate l'état suivant : au dessus de la région inguinale gauche et un peu au-dessous de l'ombilic se trouvent deux fistules ; une troisième fistule se trouve à droite en un endroit presque symétrique ; à gauche on sent une tumeur dure, peu mobile, de la grosseur de deux poings et s'étendant à partir de l'ombilic jusque dans le petit bassin. Laparotomie suivant la ligne médiane (24 juin 1897). Le péritoine est fortement épaissi. Le grand épiploon adhère en quelques endroits à l'intestin grêle ; quelques anses de l'intestin grêle sont soudées entre elles par des adhérences minces. Après avoir constaté que l'intestin grêle ne communique pas avec les fistules stercorales et qu'il n'adhère pas non plus aux parois du petit bassin, on présume que les fistules doivent communiquer avec le gros intestin. Le cæcum et le côlon transverse sont libres. La partie supérieure de l'anse sigmoïde disparaît dans un tissu calleux et dur, dans lequel débouchent les deux fistules stercorales gauches de la paroi abdominale. La résection est impossible ; on procède alors à l'exclusion de la callosité dans laquelle débouche la seule fistule qui continue à sécréter. L'exclusion de l'induration droite correspondant aux adhérences de l'utérus aurait été presque impossible au point de vue technique ; on a renoncé d'autant plus facilement à cette exclusion, que depuis l'entrée de la malade à l'hôpital on n'avait jamais observé la moindre sécrétion fécale s'écoulant

par cette fistule droite, ou par le vagin. Comme le colon descendant était très peu mobile, et que le côlon transverse avait un mésentère très long, on coupe transversalement le côlon transverse, après y avoir appliqué une ligature double à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée et on ferme la lumière distale en cul-de-sac. La lumière proximale est provisoirement fermée par un tampon et enveloppée par un deuxième tampon. On coupe alors transversalement, d'une façon analogue, l'anse sigmoïde entre les deux callosités, donc au dessous de la partie contenant la fistule stercorale, *on suture le bout proximal en cul-de sac*, et on rétablit la continuité intestinale en réunissant les bords de l'incision proximale du côlon transverse aux bords de l'incision distale de l'anse sigmoïde. Le sixième jour après l'opération (la malade ayant pris de l'huile de ricin), il s'écoule par le vagin et par la fistule abdominale droite une sécrétion manifestement fécale, et par la fistule gauche une sécrétion muco-purulente, très abondante. Il semblait que l'effet de l'opération était complètement perdu, c'est-à-dire que cette dernière était incomplète, vu que les deux fistules, qui jusqu'à présent ne sécrétaient pas de matières fécales, et auxquelles on n'avait pas touché pendant l'opération, ont commencé tout d'un coup à sécréter.

Il a fallu admettre que la communication un moment oblitérée s'était de nouveau établie, peut-être par suite des différentes manipulations exécutées pendant l'opération. Heureusement, malgré l'administration des purgatifs, cette sécrétion fécale cessa complètement quelques jours après.

Un mois et demi après, la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

De même dans ce cas, la sécrétion du bout (assez long) du gros intestin exclu est devenue immédiatement assez insignifiante pour ne pas incommoder la malade. Pendant les premiers jours, cependant, la sécrétion était à tel point forte, que, si l'ancienne fistule stercorale n'avait joué le rôle de soupape de sûreté, on aurait sûrement vu apparaître des phénomènes de rétention.

Quoique la malade ait quitté l'hôpital six semaines après l'opération et semblait, en apparence, être guérie, il se peut que les adhérences existant entre le rectum, la paroi abdominale et le vagin, donnent lieu à l'occasion à une sécrétion fécale.

Obs. XXXVII (von Eiselsberg). — *Fistule stercorale après hernie crurale étranglée. Exclusion. Guérison.* (*Wien. kl. Woch.*, 1896, n° 12.)

Laparatomie. Résection cunéiforme de la paroi intestinale qui porte le trajet fistuleux, et suture soignée. Comme l'extirpation totale de tout l'infundibulum jusqu'à l'orifice externe de la fistule paraissait être trop laborieuse, ce bout intestinal fut baissé appendu à la paroi abdominale. Guérison de la plaie abdominale par première intention. La sécrétion du petit bout intestinal exclu était insignifiante. Cinq semaines après l'opération la malade, guérie, quitta l'hôpital. Ce cas, au point de vue de l'exclusion intestinale, ne peut pas être comparé à d'autres cas d'exclusion, vu que le mésentère de la partie intestinale exclue manquait ici; mais comme cette dernière

partie fut abandonnée dans la cavité abdominale et que les matières fécales n'y pénétraient sûrement plus, j'ai cru pouvoir le rapporter ici.

Obs. XXXVIII. (Lavisé). — *Exclusion pour fistules cæcales tuberculeuses.* (*Annales de la soc. belge de Ch.*, Bruxelles, 1898, n° 2, p. 70.)

Dans ce cas, il s'agissait de fistules multiples stercorales, d'origine tuberculeuse, siégeant dans la fosse iliaque droite.

Opération le 11 juillet 1897. L'épiploon, le cæcun, l'intestin forment une masse agglomérée dont l'extirpation est impossible. L'anastomose à plein canal de l'iléon et du colon transverse est exécutée au moyen du bouton de Murphy et l'on ferme les deux bouts du segment exclu. Il y eut d'abord une amélioration, mais bientôt l'état s'aggrave et le 3 septembre on pratique l'entéro-anastomose iléo-colique. Mort vingt trois jours après.

Obs. XXXIX (von Eiselsberg). — *Inflammation chronique du cœcum avec fièvre.* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1898, Bd LVI, p. 308).

Malade âgée de vingt-quatre ans; depuis quatre ans éprouve des crises de douleurs dans la région hypogastrique droite; les crises se prolongent pendant plusieurs heures et surviennent toutes les quatre à six semaines. Constipation. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, la malade eut une crise particulièrement violente, accompagnée de fièvre, et fut obligée de s'aliter. A partir de ce moment les douleurs deviennent constantes, s'exaspèrent et s'irradient dans tout l'abdomen.

Dans la région cæcale on constate la présence d'une tumeur ronde, lisse et dure, dont l'axe est parallèle au ligament de Poupart. La tumeur est mobile.

Opération le 24 juillet 1897. Incision oblique parallèle au ligament de Poupart. L'épiploon, qui adhère fortement à la paroi abdominale, est réséqué partiellement. On aperçoit alors dans la région cæcale un grand nombre d'anses d'intestin grêle soudées les unes aux autres par des adhérences. Après le décollement de ces adhérences on aperçoit la partie supérieure du cæcum. Cette dernière est incluse dans une masse de tissu calleux soudé fortement à l'S iliaque. A la partie inférieure de cette masse calleuse on aperçoit l'appendice cæcal en apparence normal. L'ovaire droit, un peu augmenté de volume, adhère également à la tumeur cæcale. On résèque l'appendice au niveau de la masse calleuse et on ferme la plaie par quelques points de suture.

En présence de la forte formation calleuse autour du cæcum, il a paru nécessaire — si l'on voulait obtenir véritablement la guérison complète des crises de douleurs qui occupaient dans ce cas le premier plan — d'extirper la tumeur.

Mais l'extirpation du cæcum était impossible. Je me suis donc décidé à pratiquer pour cette raison l'exclusion de cette partie intestinale.

Le cæcum est coupé transversalement au-dessous et tout près de l'endroit d'implantation de l'iléon dans le gros-intestin.

La partie supérieure de la plaie (dans la direction du côlon) est exacte

ment suturée par une suture continue à deux étages. On suture également le bout inférieur (la plaie inférieure) en y laissant une petite fistule (par laquelle on introduit dans la partie cæcale exclue des mèches de gaze iodoformée). Fermeture de la plaie abdominale. Par la plaie, c'est-à-dire par le cæcum exclu, chaque fois qu'on enlevait le tampon, il se vidait une sécrétion abondante et purulente sans aucun mélange de matières fécales. Trois semaines après l'opération, la sécrétion diminue à tel point que la malade, guérie complètement de ses crises de douleurs, put quitter l'hôpital. La tumeur n'était plus perceptible. Cinq mois plus tard la malade se présenta de nouveau à l'hôpital en se plaignant que beaucoup de ligatures sont éliminées par la fistule. Anesthésie, curettage du trajet fistuleux jusqu'à l'endroit de l'exclusion.

Au milieu de janvier, la malade quitte l'hôpital, guérie.

La partie cæcale exclue fut, dans ce cas, petite et la muqueuse en grande partie détruite.

Obs. XL (von Eiselsberg). — *Fistule cæcale après appendicite. Exclusion avec occlusion totale d'une partie de l'iléon, du cæcum, du colon ascendant et de l'angle droit du colon transverse. Guérison.* (*Arch. f. kl. Ch.*, Berlin, 1898, Bd LVI, p. 291.)

Malade âgé de vingt-quatre ans; il y a deux ans ressent brusquement des douleurs violentes, du côté droit. Repos, guérison. Le 4 mai de cette année le malade éprouve de nouveau des douleurs extrêmement violentes et entre à l'hôpital. On constate un exsudat périthyphlique dans la région abdominale droite. Incision, écoulement de pus, drainage. Quatorze jours après l'incision une grande quantité de matières fécales est évacuée par la fistule; la sécrétion augmente rapidement et il se développe un anus contre nature, cæcal. Le malade arrive dans cet état dans la clinique chirurgicale.

On projette un opération radicale avec résection du cæcum.

16 juin 97. — Tamponnement de la fistule. Narcose. Laparotomie. Incision en haut et en dedans de l'ancienne incision.

Le grand épiploon rejeté, on constate que les anses de l'intestin grêle ont contracté de multiples adhérences dans le petit bassin et que le cæcum est transformé en une grande callosité, fortement soudée à la paroi abdominale et à l'os iliaque. Entre les anses intestinales on trouve plusieurs petits abcès enkystés, auxquels on touche avec précaution. On est obligé pour cette raison de renoncer au décollement des adhérences, de crainte d'ouvrir un de ces abcès et de provoquer une péritonite aiguë.

La résection étant impossible, il fut décidé de pratiquer l'exclusion intestinale. L'exclusion totale aurait naturellement été la seule opération radicale, mais vu les nombreuses adhérences contractées par l'intestin grêle, la faiblesse du malade et l'impossibibilité de s'orienter (en ce qui concerne les bouts afférent et éfférent), on pratiqua l'iléocolostomie latérale entre la partie inférieure et encore libre de l'intestin grêle et le colon transverse. Marche post-opératoire satisfaisante. Comme il fallait s'y attendre, environ un tiers des matières fécales se vidait toujours par la fistule. Pour guérir

cette fistule, deuxième opération le 6 août (sept semaines après la première). Exclusion totale. Tamponnement de la fistule; ses bords sont incisés circulairement et exactement suturés par-dessus une mèche iodoformée. Incision abdominale presque médiane et à une certaine distance de la première. On suit à partir de l'endroit de l'anastomose les directions distale et proximale de l'intestin grêle et du gros intestin et, après ligature préalable avec de la gaze iodoformée, on coupe le côlon transverse près de la flexure hépatique et on ferme chaque bout en cul-de-sac. On coupe ensuite l'iléon dans la direction distale de son insertion dans le côlon et on suture également chaque bout en cul-de-sac. On effectue donc quatre fois la suture en cul-de-sac de l'intestin. Les tampons sont laissés dans la fistule. Les trois premiers jours, symptômes de péritonite locale (douleurs, météorisme, vomissements, pouls accéléré). Lorsque le troisième jour on enlève les points de suture et le tampon, il sort par la fistule une grande quantité de matière fécale. Trois heures après, amélioration sensible. La sécrétion du bout exclu diminue rapidement. Quinze jours après, cette sécrétion est presque complètement tarie. Appétit excellent, selles fréquentes, sans doute par suite de l'absence de la valvule de Bauhin. Le malade quitte l'hôpital à la fin de 1897.

Obs. XLI (Kummer). — *Extirpation du colon ascendant pour cancer. Iléo-colostomie latérale suivie d'exclusion du cæcum. Guérison* (*Revue méd. de la Suisse romande, dix-huitième année, 20 mai 1898, n° 5, p. 264-269*).

Mme X..., quarante-quatre ans. Diagnostic : tumeur de l'angle droit du côlon. Première opération le 5 octobre 1897. Suture de l'intestin au-dessus et au-dessous de la tumeur et ablation de la tumeur. Fermeture du côlon transverse et anastomose latérale entre la partie inférieure de l'iléon et le côlon transverse. Le cæcum est suturé à la peau pour former fistule stercorale. Deuxième opération six semaines après la première. Division entre deux pinces de la partie de l'iléon qui se trouve au-dessous de l'anastomose iléo-colique et double fermeture. On laisse en place le cæcum fistulisé.

Obs. XLII (Lavisé). — *Exclusion pour anus contre nature vaginal. Guerison.* (*Annales de la Soc. belge de Ch.*, Bruxelles, 1898, n° 2, p. 70).

Au cours d'une extirpation des annexes par colpotomie, une portion de l'S iliaque fut attirée dans la plaie. On maintint cette anse dans le voisinage immédiat de la plaie laissée béante et, quelques jours plus tard, se produisit l'anus contre nature.

Une tentative par avivement de la muqueuse vaginale et suture fut suivie d'un échec complet.

Le 14 mars 1898, laparotomie. Exclusion de l'anse sigmoïde et suture de l'extrémité inférieure du colon descendant au rectum. Occlusion complète des deux bouts de l'anse exclue, puisqu'il y avait l'anus vaginal comme soupape de sûreté.

OBS. XLIII. (Cabeça). — *Exclusion pour fistule stercorale après hernie crurale étranglée. Guérison* (in de Vasconcellos : *Exclusao total do intestino*, Lisboa, 1898).

Femme de soixante-dix ans, d'un bon état général; vient me consulter pour un anus anormal à la région iliaque droite, résultat d'une hernie crurale étranglée, suivie de la gangrène de l'intestin sur une étendue de 2 à 3 centimètres.

Il y a trois mois un chirurgien, voyant la hernie dans un état si alarmant, — les symptômes généraux étaient très graves — se décida à une intervention rapide et fit sans anesthésie l'anus iliaque artificiel qui donna un résultat satisfaisant.

Quand je vis la malade, les deux bouts intestinaux étaient placés l'un à côté de l'autre, dans la direction de l'arcade crurale. La peau tout autour était parfaitement cicatrisée; mais elle était atteinte de dermite.

En somme, les deux orifices et la cicatrice occupaient ensemble un espace ovalaire de 4 à 5 centimètres.

Les matières sortaient toutes par le bout supérieur de l'anus artificiel; elles étaient liquides ou molles. Les calibres des deux bouts intestinaux étaient sensiblement égaux. Une injection d'eau par le rectum, dépassant 6 centilitres, sortait immédiatement par le bout intestinal le plus rapproché de la symphyse pubienne.

En présence du bon état général de la femme et de la perméabilité complète du bout inférieur, que cette expérience me permit d'établir, je me décidai à faire la cure radicale de l'anus iliaque.

Laparotomie sous-ombilicale. Puis je saisis l'anse adhérente, qui fut facile à trouver, je l'attirai hors du ventre, je liai les deux bouts intestinaux à 15 millimètres de l'anus iliaque; je les coupai, puis je les réunis par des sutures à la soie et je rétablis complètement la circulation intestinale.

Ensuite j'isolai le mésentère des deux bouts d'intestin qui formaient l'anus, jusqu'à son niveau, sans détruire cependant les adhérences à la peau. Puis j'introduisis un clamp courbe dans chaque orifice cutané, je saisis le bout lié et, en le repoussant, je le retournai comme on retourne un doigt de gant.

Le but que je poursuivais ici, et que j'ai atteint, était d'éviter le passage d'une partie du contenu intestinal dans le péritoine; et ce danger était à craindre vu la largeur assez considérable des deux orifices.

Une fois retournés, je les repoussai aussi profondément que possible, et même une portion du mésentère fut invaginée avec eux. Puis je fis deux ligatures au ras de la peau et je coupai tout au delà de la ligature.

L'histoire ultérieure de la malade me montra combien avantageuse était l'invagination du mésentère; ce dernier servit de tampon et consolida la cicatrice qui, sans cela, n'aurait pas pu se faire définitivement. Il suffit de se rappeler l'anatomie de la région et la grande perte de substance qu'il y avait, pour reconnaître qu'aucune suture n'aurait pu ici suffire à l'oblitérer. Il fallait un auxiliaire puissant et celui-ci fut le mésentère.

La cicatrisation complète a été un peu retardée, car le tissu du mésentère se cicatrise difficilement. Mais le résultat fut excellent, et lorsque je revis la femme, quatre mois après, je ne lui trouvai aucune trace d'éventration.

Obs. XLIV (Salinas). — *Exclusion pour anus contre nature après hernie crurale étranglée* (in de Vasconcellos : *Exclusao total do intestino*, Lisboa, 1898).

Le 23 avril entre à l'hôpital Saint-Joseph une blanchisseuse de soixante ans.

Elle avait ressenti, la veille, à l'occasion d'un effort considérable une douleur très vive dans l'aine droite. La tumeur qu'elle y avait déjà depuis dix ans augmenta, et toutes les tentatives faites par la malade pour la réduire échouèrent.

Je trouvai les signes évidents d'un étranglement d'une hernie crurale, hernie du volume d'une orange. Il fallait intervenir sans hésitation, d'autant plus que l'état général de la malade n'était pas très satisfaisant.

Pendant l'intervention, qui fut assez longue, et surtout à partir du moment où j'eus réséqué un peu d'épiploon et 30 centimètres d'intestin grêle sphacélé, l'état général empira considérablement. Le pouls imperceptible, le refroidissement des extrémités, la dilatation des pupilles, la respiration stertoreuse, tout cela m'obligea à faire un anus anormal en suturant deux anses à la peau à la façon des deux canons d'un fusil. Après l'intervention, pendant laquelle la sortie des matières fut abondante, j'envoyai la malade à l'hôpital de Sainte-Marie où les injections de sérum artificiel et les injections hypodermiques de caféine firent remonter le pouls.

En présence du rétablissement notable de la malade, je priai le professeur Feijar de me permettre de faire la cure radicale de l'anus. Je procédai à cette dernière à la fin du mois d'août; un eczéma rebelle occupant presque tout le ventre m'empêcha d'opérer de meilleure heure.

Anesthésie morpho-chloroformique; durée de l'opération, une demi-heure.

J'ouvris le ventre au-dessous de l'ombilic dans l'espace de 8 centimètres, je soulevai le grand épiploon qui touchait à la ligne opératoire et adhérait à l'anneau crural, et j'attirai les anses suturées à la peau, hors du ventre.

A la distance de 12 centimètres de l'orifice cutané, je passai autour de chaque anse une ligature de soie, puis je les ouvris, invertis et appliquai à 4 centimètres les clamps de Doyen. Je coupai les deux anses entre la ligature et le clamp et suturai les deux bouts auxquels se trouvaient appliquées les pinces de Doyen selon le procédé de Kocher. Puis je retirai les pinces.

Après cela je coupai le mésentère attenant aux deux bouts de l'intestin et liai les vaisseaux; ensuite, introduisant un clamp dans un des orifices cutanés, je le poussai jusqu'au bout ligaturé, j'ouvris le clamp, je saisis cette extrémité et je retirai le bout d'intestin de sorte que sa plus grande partie sortait par l'orifice cutané. Entre temps des compresses stérilisées

protégeaient la cavité abdominale. Même procédé avec l'autre portion de l'intestin. Après avoir nettoyé l'anse anastomosée, je la rentrai dans le ventre.

Sur les bouts d'intestin pendants de l'orifice de l'ancien anus j'appliquai des ligatures à la soie qui les étranglaient le plus près possible de la peau.

Quatre jours après j'enlevai le pansement; les deux tronçons intestinaux liés se détachèrent. Drain à la gaze stérilisée.

Le huitième jour, lavement qui fit sortir peu de matières; le dixième, huile de ricin, selle abondante.

La malade m'inspira quelque inquiétude, la nuit qui suivit l'opération, mais ensuite elle alla de mieux en mieux. Au milieu du mois d'octobre je lui enlevai encore, sans chloroforme, deux petits fragments d'intestin attachés à la paroi abdominale.

Au commencement de novembre, elle était guérie. Elle avait une cicatrice solide et il ne se montrait aucune tendance à la formation d'une nouvelle hernie.

Obs. XLV (Tubenthal). — *Exclusion totale d'une grande partie de l'iléon pour fistules consécutives à des abcès post-typhiques. Guérison* (*Deut. Zeitsch. f. Ch.*, 1894, Bd 51, p. 552).

Il s'agit d'un soldat, qui ressent, le 1er octobre 1898, des douleurs dans le bas-ventre, en même temps qu'il présente de la diarrhée. Il entre à l'hôpital le 7 octobre. On constate de la tuméfaction du ventre et des vomissements. Impossibilité de pratiquer le toucher rectal, par suite de la présence, dans la cavité pelvienne, d'une tumeur faisant saillie vers le rectum et arrêtant le doigt.

Laparotomie médiane sous-ombilicale le 18 octobre 1898. On trouve les anses intestinales agglutinées; on les libère et on découvre plusieurs foyers purulents qui ont envahi tout le petit bassin. Drainage. Le malade se trouve soulagé. Neuf jours après l'opération, production de deux fistules stercorales.

6 novembre. Introduction par la fistule d'un tube de caoutchouc pour permettre de reconnaître la portion d'intestin malade et l'occlusion du trajet. Nouvelle laparotomie, incision latérale droite. Mise à nu du côlon ascendant et de l'appendice. Grâce au tube de caoutchouc, on retrouve l'anse intestinale qui porte la fistule. On la sectionne entre deux lanières de gaze iodoformée. Le bout distal est immédiatement fermé. Plus bas, on découvre l'iléon, et, à 5 centimètres de la valvule iléo-cæcale, on sectionne une seconde fois l'intestin, et l'on ferme le bout proximal. Les deux fistules étaient ainsi exclues et il restait à réunir le bout proximal du jéjunum avec le bout distal de l'iléon. Durée de l'opération : trois heures. On a ainsi pratiqué une exclusion totale d'une grande portion d'intestin grêle avec fermeture des deux bouts et abandon dans la cavité abdominale. Il est difficile d'évaluer la longueur d'intestin exclu, mais d'après la nature de la fistule, on peut conclure qu'une grande portion de l'iléon a été exclue, soit

2 à 3 mètres. Le malade a parfaitement guéri et il a augmenté de poids; il garde une fistule à sécrétion muqueuse. Au point de vue étiologique, l'auteur écarte dans ce cas la possibilité d'une appendicite ou d'une tuberculose. Il admet, se basant sur le séro-diagnostic positif, qu'il s'agit d'abcès intestinaux post-typhiques.

Obs. XLVI (Bergmann). — *Sur un cas d'exclusion de l'intestin pour fistule avec occlusion totale. Guérison* (*Saint-Petersbourg med. Woch.*, 1900. n° 5, p. 39-43).

J. M..., dix-huit ans, sans antécédents tuberculeux.

13 mai 1899. — Douleurs vives dans le côté droit de l'abdomen, avec constipation et vomissements.

26 mai. — Entre dans le service. Ventre ballonné, très sensible; à droite, on sent de la résistance, avec matité. Au toucher rectal, saillie au niveau de la paroi antérieure du rectum.

28 mai. — Incision iliaque, évacuation d'un gros abcès intra-péritonéal, dont la paroi est constituée par l'intestin portant lui-même une perforation. A côté de cette perforation, est l'appendice, dirigé en haut. On le résèque. Suture au niveau de la perforation et au niveau de l'implantation de l'appendice.

Comme l'abcès se prolonge en haut, on agrandit l'incision et l'on ouvre au-dessous du foie une autre poche purulente. Il existe aussi, en ce point, une perforation au niveau de l'angle droit du côlon; on la suture.

4 juin. — Apparition de trois fistules stercorales. L'état général s'aggrave et l'on décide de pratiquer l'exclusion.

28 juillet. — Laparotomie médiane. Malgré quelques adhérences, on arrive facilement à réséquer l'intestin grêle au niveau de la valvule iléo-cæcale et on le suture bout à bout avec le côlon transverse. On place un tampon de gaze au niveau de la suture pour l'isoler. Les deux extrémités de l'anse exclue sont fermées.

7 août. — On enlève le tampon. Il sort un calcul stercoral par l'une des fistules.

16 août. — L'anse exclue sécrète très peu de mucosités.

26 septembre. — Le malade entre de nouveau à l'hôpital, pour l'extirpation de l'anse exclue.

28 septembre. — Troisième opération. Incision circulaire de la paroi intestinale jusqu'à la muqueuse; on dissèque le tube muqueux, et on introduit une lanière de gaze dans le tube séro-musculeux qui reste en place. Le cæcum et la portion exclue de l'intestin grêle ont pu être extirpés en totalité. Suites simples. Le malade sort en bon état le 16 octobre.

Obs. XLVII (H. I. Ostrom). — *Exclusion pour fistule stercorale. Guérison.* (*The med. Times, N. Y.*, 1900, XXVII, p. 9-11.)

Le cas que je relate a trait à une fistule stercorale, due à un abcès appendiculaire et datant de plusieurs années. Cette fistule avait résisté à tous les traitements. Aussi j'ouvris l'abdomen sur la ligne médiane. Sans m'arrêter

à la masse cicatricielle entourant la fistule, j'amenai l'iléon et le côlon ascendant, je les coupai en deçà et au-delà de la fistule, et rétablis la continuité de l'intestin par implantation latérale au moyen du bouton de Murphy.

Après curettage du trajet, je me mis en demeure de fermer la plaie abdominale, en laissant ouverte la fistule. Au cours de l'opération, j'avais passé une double ligature à travers le mésentère et autour de l'intestin, avant de sectionner celui-ci. Les deux bouts du côlon furent fermés avec des ligatures en bourse. Les fonctions intestinales ne furent pas interrompues, et le trajet fistuleux se ferma rapidement.

Obs. XLVIII et XLIX (Ostrom). — *Deux cas d'exclusion avec occlusion partielle pour cancer iléo-cæcal. Guérison.* (*The méd. Times, N. Y.*, 1900, p. 9-10.)

L'auteur relate en quelques lignes, sans indiquer la date de l'opération, pas plus du reste que dans le cas précédent, deux cas de cancer de l'anse iléo-cæcale traités par exclusion. Dans les deux cas, l'anastomose bout à bout de l'intestin fut pratiquée, une extrémité de l'anse exclue fut fermée et l'autre laissée ouverte pour le drainage. Les deux opérations furent suivies de succès, avec survie de six mois et de onze mois. Dans ce dernier cas, la fistule se ferma sept mois avant la mort. Dans l'autre, elle ne se ferma jamais, et donnait issue à des fragments de tumeur.

Obs. L (inédite) (F. Terrier). — *Exclusion avec occlusion partielle pour néoplasme de l'intestin grêle. Mort au 7e jour.*

Albert N..., âgé de trente-cinq ans, entre, le 15 juillet 1899, à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier, salle Jarjavay, lit n° 12.

Il a toujours eu une bonne santé. Depuis huit mois, il a constaté dans la région hypogastrique, l'existence d'une masse dure, non douloureuse, qui a augmenté de volume lentement et progressivement. Les fonctions intestinales seraient normales, si, de temps en temps, le malade ne souffrait de légères coliques, avec crises de diarrhée. Dans l'espace de six mois, il a eu trois crises, chaque crise durant un jour ou deux, avec cinq ou six selles liquides dans les vingt-quatre heures. Pas de sang dans les selles, pas de fausses membranes. Depuis un mois, amaigrissement notable (perte de 5 kil.).

Le malade, bien qu'amaigri, paraît encore vigoureux. Toutes les fonctions sont normales.

A l'examen de l'abdomen, on constate, à l'union de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite, descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis, une masse du volume du poing, mobile sous la paroi abdominale, dure et bosselée. La mobilité n'existe que dans le sens transversal, et, en cherchant à mobiliser la tumeur, on a la sensation qu'elle est rattachée profondément à la paroi postérieure de l'abdomen. On porte le diagnostic de néoplasme de l'intestin, à point de départ iléo-colique.

Laparotomie médiane sous-ombilicale le 22 juillet 1899, par M. Terrier. Chloroformisateur, M. Bouraud, aides MM. Gosset et Chaillous.

Dès le péritoine incisé, on tombe sur un gâteau adhérent de tous côtés et dont se dégage à ses deux extrémités droite et gauche, une partie d'intestin grêle saine. Il paraît s'agir d'un néoplasme de l'intestin grêle, avec phénomènes inflammatoires ayant déterminé l'adhérence des anses voisines.

L'extirpation est impossible.

On décide de pratiquer l'exclusion.

Entre la tumeur et le cæcum, s'étend un segment d'intestin grêle qui mesure 40 centimètres. L'iléon est sectionné à 10 centimètres après son émergence de la masse néoplasique et le bout attenant au cæcum est fermé par un double surjet : un surjet total et un surjet superficiel séro-séreux. L'iléon au-dessus de la tumeur est également sectionné à 10 centimètres de la masse néoplasique, et l'on ferme les deux bouts.

On rétablit la continuité par entéro-anastomose latérale. L'orifice de communication mesure 3 centimètres de long.

Le bout distal de l'anse exclue est fixé à la partie inférieure de la plaie par des sutures à la soie qui unissent la séro-musculeuse au péritoine pariétal. On s'est arrangé pour que l'intestin fasse saillie au-dessus de la surface cutanée de 3 centimètres et l'on met dans sa lumière un drain en caoutchouc qui dérivera au loin les produits septiques sécrétés dans l'anse exclue. Fermeture de la paroi abdominale par un plan péritonéal, un plan musculaire et une suture cutanée.

Durée de l'opération : une heure et demie.

Suites simples. Il n'y eut pas d'élévation de température, la quantité d'urine émise fut satisfaisante, et au troisième jour le malade rendit des gaz par l'anus. Mais un signe était cependant inquiétant. Le pouls battait 120 à la minute.

Le pansement était sec, le drain ne donnant lieu à aucun écoulement.

Au sixième jour, toujours sans fièvre et avec un état général relativement bon, on remarque de la diminution de la quantité d'urine et une accélération du pouls encore plus marquée que les jours précédents.

On fait le pansement, il est sec. Aussi dans la crainte d'un mauvais fonctionnement du drain, on le retire et il s'écoule alors immédiatement de l'anse exclue 3 à 400 grammes de liquide purulent, d'odeur fétide.

Le malade meurt le lendemain.

L'autopsie montre que le péritoine est intact, mais si l'anse exclue n'est pas perforée, elle est distendue, amincie, grisâtre et remplie d'un liquide purulent et fétide dont on peut évaluer la quantité à 200 grammes.

Il s'agissait d'un épithélioma de l'intestin grêle avec adhérences de deux anses voisines, épithélioma ulcéré et ne rétrécissant que très peu la lumière de l'intestin.

Obs. LI (Gayet). — *Exclusion de l'intestin pour anus contre nature lombaire droit d'origine tuberculeuse* (*Province médicale*, Lyon, 1900, p. 222).

Cette malade, âgée d'une trentaine d'années, était entrée à la clinique du professeur Ollier, à Lyon, pour un abcès froid fistuleux de la région lombaire, paraissant provenir d'une ostéite de l'épine iliaque antéro-supérieure.

M. Ollier l'opéra une première fois, ne trouva pas de pus, mais des fongosités; il réséqua quelques centimètres de l'épine iliaque; il vit alors un point dénudé de l'os d'où partaient des trajets multiples dans tous les sens, plusieurs se dirigeant profondément vers la cavité abdominale.

Les suites furent d'abord très simples; mais, à quelque temps de là, en faisant le pansement, on le trouva souillé de matières fécales. Les matières devinrent de plus en plus abondantes, parfois solides, parfois liquides et incomplètement digérées. Au bout de trois mois, cet état ne faisant qu'empirer, et la malade s'affaiblissant au point de ne plus pouvoir quitter le lit, M. Gayet, qui suppléait alors M. Ollier, se décida à intervenir.

L'opération fut faite par voie para-lombaire, c'est-à-dire qu'une incision fut menée du tiers externe de l'arcade jusqu'aux fausses côtes obliquement en haut et en arrière, puis le péritoine décollé jusqu'à la fistule où l'on avait placé une sonde, et, cette fistule disséquée et libérée, on s'aperçut alors que d'une part, l'orifice à bords déchiquetés de l'intestin était très large, trop large pour qu'on puisse l'obturer sans rétrécir d'une façon exagérée son calibre; d'autre part, que dans ce même foyer venait aboutir un autre orifice dont le siège exact était difficile à préciser; on sut plus tard qu'il siégeait sur la paroi d'une anse d'intestin grêle. Il était impossible de songer à une réparation quelconque par cette voie mal commode; on sutura les bords de l'orifice intestinal à la peau et on renvoya la cure de l'anus contre nature à une autre séance opératoire.

L'état était dès lors le suivant : les matières s'écoulèrent par les deux orifices, tout aussi abondamment qu'auparavant; par l'orifice antérieur sortaient plus rarement des matières moulées, par le postérieur, constamment, des matières incomplètement digérées.

Deux mois après fut pratiquée une nouvelle intervention par laparotomie (27 octobre 1899).

Incision médiane.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un peu de sérosité hématique.

Il fut difficile d'abord de reconnaître l'état des choses en raison d'adhérences molles qui unissaient les anses intestinales. Il fallut pratiquer une nouvelle incision tombant perpendiculairement sur la précédente et coupant le muscle droit, ainsi qu'une véritable éviscération, pour mettre à découvert les anses fistuleuses.

On reconnut alors que celles-ci n'étaient autres que le côlon ascendant d'une part, puis une anse grêle, dont la distance au cæcum était difficile à évaluer, étant donné l'enchevêtrement de l'intestin, adhérent et enflammé à ce point. A l'aplatissement, à la pâleur d'une portion d'intestin allant du point d'adhérence lombaire dans la direction du cæcum, on reconnut le bout inférieur, le bout supérieur étant, au contraire, plus vascularisé, plus épais au toucher et d'un calibre supérieur. On rentra toutes les anses dans le ventre, ne gardant que ce bout supérieur qu'on aboucha dans le côlon transverse par une entéro-anastomose latérale, par le procédé de la suture à double surjet. L'opération avait duré presque une heure et, craignant le choc d'une trop longue intervention, on se décida à en rester là.

Les suites opératoires furent très simples; la température ne monta pas au-dessus de 37° et en peu de jours la malade fut rétablie; mais l'état local n'avait pas changé, les matières passaient toujours abondantes par les ouvertures anormales. On fit alors l'essai d'obturer par des tampons vaseliués ces ouvertures. On obtint ainsi le passage de quelques matières par l'anus normal, mais la température s'éleva aussitôt, il y eut des phénomènes de rétention stercorale qui obligèrent à supprimer le tamponnement.

Chaque fois qu'on recommença ces tentatives, le résultat fut le même. Elles avaient, cependant, permis d'acquérir la certitude que l'entéro-anastomose était en état de fonctionner. Il restait à forcer les matières à passer par cette voie (6 janvier 1900).

Pour cela, troisième intervention, deux mois après la précédente. Incision suivant la première cicatrice, c'est-à-dire médiane, sur laquelle se branche une incision horizontale de 7 à 8 centimètres, un peu au-dessus de l'ombilic, intéressant le muscle grand droit du côté droit. Pas d'ascite, mais adhérences de l'épiploon au péritoine pariétal. La séparation de ces adhérences fut faite avec précaution, et sans qu'on fût obligé de rien lier. On découvre ainsi les anses malades et l'entéro-anastomose.

On introduit par l'anus contre nature des sondes en gomme, dont l'une va dans l'intestin grêle, l'autre dans le côlon.

Ayant ainsi reconnu la topographie exacte, on sectionne, entre deux ligatures, d'abord le côlon transverse, en amont de l'anastomose, puis l'anse grêle, en aval de cette anastomose. On suture en cul-de-sac les quatre bouts par un surjet en bourse de la muqueuse, puis par un surjet séro-séreux. On laisse, entre l'anastomose et le cul-de-sac de l'intestin grêle, une ligature lâche, plissant simplement l'intestin pour diminuer la pression des matières en ce point. Les autres ligatures coprostatiques sont enlevées et le tout réduit dans l'abdomen.

Le ventre est refermé.

Les jours suivants la température monta un peu (38°8, le lendemain soir). On en eut l'explication au premier pansement par la présence d'un petit abcès pariétal autour d'un des fils métalliques. Ce petit abcès n'eut pas d'autre inconvénient que de forcer à l'ablation de quelques autres fils et à attendre la réunion par seconde intention. Une petite fistulette a persisté à ce niveau, mais parait aller vers la guérison spontanée.

Au point de vue du passage des matières, le résultat fut atteint. Le lendemain soir de l'opération, un petit lavement huileux ramenait déjà quelques parcelles de matières ; peu à peu celles-ci reprirent leur route normale et, le quatrième jour, la malade évacuait une selle parfaitement moulée. Du côté de l'anus contre nature il se fit d'abord une sécrétion assez abondante, fétide, qui se tarit graduellement; actuellement, quatre mois après l'opération, il sort par ces fistules quelques gouttes de liquide clair, inodore, qui oblige simplement la malade à porter à ce niveau un petit pansement.

L'état général s'est rapidement amélioré; la malade a repris trois kilos

en quelques jours, elle est rentrée chez elle où elle se livre sans fatigue à toutes ses occupations ordinaires. Il n'y a aucune tendance à l'éventration.

Il semble bien que la cause première de tous les accidents ait été une tuberculose localisée de l'intestin, ayant provoqué un travail d'adhérences et d'ulcération des deux anses côlique et grêle dans l'abcès tuberculeux préalablement ouvert.

L'opération faite, qui est, en somme, une exclusion de portions malades de l'intestin et de la portion saine qui les reliait, a intéressé environ 1 m. 50 du tube digestif. Ce qui a déterminé à choisir ce procédé, c'est la grande difficulté d'une extirpation totale ou cure radicale, qui n'eût probablement pas été supportée, étant donné l'état de faiblesse de la malade. Le résultat n'est évidemment pas parfait, puisque la fistule persiste, mais l'opérée est rendue à la vie commune qui lui était absolument impossible auparavant, et elle s'en déclare très satisfaite.

Obs. LII (Jaboulay et Bérard). — (*Société de Chirurgie de Lyon*, séance du 3 mai 1900, *La Province médicale*, Lyon, 1900, p. 223).

Dans une exclusion pour tuberbulose du cæcum fistuleux, avec abcès et larges adhérences, M. Jaboulay ne fit pas l'abouchement de l'intestin grêle sur le côlon transverse, mais il anastomosa latéralement un point de l'iléon, distant environ de 20 centimètres du cæcum, avec la fin du côlon descendant. L'anastomose fut faite au bouton. Puis M. Jaboulay sectionna l'intestin grêle à 10 centimètres au-dessous de l'anastomose, et oblitéra les deux branches de section ainsi obtenues au moyen d'un double plan de sutures de Lembert à points séparés. On ne se préoccupa pas de fermer le gros intestin entre le cæcum malade et le côlon descendant, et pourtant jamais il n'y eut de reflux de matières par la fistule du cæcum exclu.

Dès le surlendemain de l'opération le malade qui, depuis des semaines, rendait la presque totalité de ses matières par la fistule cæcale, vit celles-ci reprendre leur cours normal. Le bouton fut rendu au onzième jour; il y a de cela près de trois mois, et toujours depuis ce moment le fonctionnement de l'anastomose fut parfait, sans coliques, avec selles exclusivement par l'anus. Les selles sont moulées et non diarrhéiques, bien qu'on ait certainement ainsi supprimé une longueur de 1 m. 80 à 1 m. 50 du circuit total des matières.

L'éloignement de l'anastomose latérale, par rapport aux lésions tuberculeuses qui avaient nécessité l'exclusion du cæcum, est, en outre, une garantie contre la propagation possible des lésions bacillaires jusqu'à cet abouchement.

Donc, en tant que moyen de dérivation des matières, une telle pratique eut un résultat parfait. Quant à son action sur les lésions du cæcum lui-même, par la mise au repos et par la protection de l'organe contre les infections fécales, elle fut moins nette : un suintement purulent assez abondant a persisté, et le gâteau induré perçu par le palper de la fosse iliaque droite, n'a pas notablement diminué de volume.

On fit une exclusion opératoire de la portion malade de l'intestin. Les matières ne passent plus par la fistule, mais il persiste un écoulement assez abondant qui provient des sécrétions de l'intestin malade.

Conclusions.

A l'heure actuelle, il n'y a plus lieu de discuter la valeur de l'exclusion avec occlusion totale de l'anse exclue. Tout le monde est d'accord pour la rejeter.

Dans le cas de fistule stercorale ou de tuberculose de l'intestin, c'est l'exclusion avec occlusion partielle de l'anse exclue à laquelle il faut donner la préférence.

L'avenir montrera si l'opération de choix pour les cancers inextirpables est bien l'exclusion unilatérale, et si le reflux des matières intestinales dans la portion exclue est véritablement à redouter.

LE CANCER DU GROS INTESTIN

RECTUM EXCEPTÉ

Par R. DE BOVIS,

Professeur suppléant à l'École de Médecine de Reims,
Chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

(*Fin*)[1].

OBSERVATIONS INÉDITES

1° Personnelles (1899).

Observation I. — *Cancer de l'S iliaque; occlusion intestinale; anus artificiel. Mort.*

Adeline A..., cinquante-sept ans, ancienne institutrice. Entrée à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 19 janvier 1899.

Constipation chronique depuis deux ans; aucun trouble digestif avant cette date. Pas de crise d'obstruction, ni d'alternatives de diarrhée et de constipation pendant ces deux dernières années. Jamais de sang ni de pus dans les selles; au début de la présente crise d'obstruction, il y aurait eu quelques mucosités dans les matières.

Antécédents négatifs ou insignifiants.

État actuel (19 janvier). — Malade amaigrie, paraissant plus que son âge. Facies grippé. Pas de selles depuis cinq jours; pas de gaz depuis deux ou trois jours. Vomissements non fécaloïdes. Ballonnement considérable du ventre. Le palper est un peu douloureux dans la fosse iliaque droite, qui paraît plus pleine et un peu moins sonore que le reste du ventre; le gonflement ne permet de sentir aucune autre particularité. Pas de péristaltisme au moment de l'examen. Les touchers rectal et vaginal sont négatifs. Une sonde, introduite par l'anus, s'arrête à environ 30 centimètres de profondeur.

20 janvier. Les divers moyens médicaux étant restés sans action et l'occlusion continuant à être absolue, M. le professeur Decès nous prie de pratiquer l'*entérostomie*. Incision dans la fosse iliaque droite : l'S iliaque distendu se présente d'elle-même; le doigt enfoncé dans le ventre n'arrive pas à sentir la nature ou le siège de l'obstacle. Je passe une baguette de verre sous l'intestin très épaissi, que je fixe au péritoine par une double cou

1. Voir les numéros de juin, juillet, août, octobre et novembre 1900.

ronne de sutures à la soie. La plaie cutanée est rétrécie et suturée au crin de Florence. Introduction d'un gros tube en caoutchouc après ponction de l'intestin. Débâcle abondante et immédiate.

Les jours suivants, il se produit une amélioration considérable dans l'état de la malade. Mais, le 23 janvier, les forces déclinent; le voisinage de la plaie abdominale est le siège de douleurs vives et d'un peu d'érythème ou d'empâtement; cependant le ventre est souple, il n'y a pas de vomissements et l'anus artificiel fonctionne largement.

Mort le 26 janvier. Pas d'autopsie. Une laparotomie *post mortem* hâtive permet de constater, qu'il n'y a pas de péritonite, et de ramener un petit cancer annulaire, squirrheux, de la portion pelvienne de l'S iliaque. L'intestin afférent est très hypertrophié. La lumière laisse à peine pénétrer le bout de la pulpe du petit doigt. Un fragment osseux, aplati, d'un centimètre carré, s'était arrêté sur le rétrécissement. Épithélioma cylindrique.

La mort paraît due autant à l'auto-intoxication intestinale qu'à l'infection de la plaie abdominale par les matières.

Obs. II. — *Cancer de l'S iliaque; obstruction subite, subaiguë. Entérostomie. Mort.*

C... Eugène, soixante-six ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 3 mars 1899.

Antécédents absolument négatifs. Aucun trouble digestif récent ou ancien.

Depuis huit jours, symptômes d'obstruction. Pendant six jours le malade n'a pas eu de selles, mais il a des gaz de temps en temps. La veille de son entrée (6e jour), il a une petite selle et des gaz à la suite d'un lavement.

État actuel (4 mars). — Homme d'apparence robuste et non amaigri. Facies assez bon. Ventre ballonné, surtout à gauche, où le malade perçoit par instant des gargouillements. Pas de vomissements. La palpation de l'abdomen ne fait rien découvrir en dehors d'une certaine plénitude du flanc gauche.

6 mars. Le ventre est plus tendu que le 4. Le côlon transverse forme une voussure assez marquée au creux épigastrique. Le flanc gauche est toujours plus plein que le droit : cet empâtement paraît se prolonger dans la fosse iliaque gauche. Selles sous l'influence des lavements.

7 mars. Malgré les selles, encore assez abondantes, qu'a le malade de temps à autre, sous l'influence des lavements, le ventre continue cependant à se ballonner. Il y a des nausées et l'état général baisse manifestement. T = 39°, 8 (matin).

S'il n'avait dépendu que de nous, ce malade eût été entérostomisé le jour même de son entrée. Mais, nous ne pouvons exécuter cette opération qu'aujourd'hui. Une mèche de gaze est passée au-dessous de l'S iliaque, trouvée distendue comme dans le cas I; ses parois étaient par contre très minces et elles se déchirèrent plusieurs fois pendant que nous établissions une double couronne de suture. T = 38° (soir).

Jusqu'au 10 mars tout va bien et l'intestin fonctionne largement. Mal-

heureusement, le support offert par la mèche de gaze est absolument insuffisant : l'anse s'affaisse peu à peu dans le ventre, en sorte que les matières souillent constamment la section de la paroi abdominale. Une aréole inflammatoire cutanée commence à se dessiner et il s'établit finalement un phlegmon abdominal stercoral, auquel succombe le malade (15 mars).

L'autopsie montre qu'il n'y a pas trace de péritonite; l'intestin est fortement soudé au péritoine. On ramène difficilement — et en ce faisant, on déchire l'intestin au-dessus de la tumeur — un petit squirrhe annulaire de la portion terminale de l'S iliaque. Il est en tout semblable à celui de l'observation précédente; mais l'hypertrophie de la musculeuse est très limitée et très peu prononcée; épithélioma cylindrique.

Obs. III. — *Squirrhe annulaire probable de l'S iliaque. Entérostomie. Guérison.*

S... Rose, veuve R..., cinquante-deux ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. Le père est mort, à soixante-dix ans, d'un bronchite; la mère est morte au même âge d'une « congestion » (apoplexie) cérébrale. Un frère mort, à cinquante-cinq ans, d'affection inconnue.

Antécédents personnels. Variole dans l'enfance. Quatre grossesses et couches absolument normales; jamais de fausses couches; aucun commémoratif de métrite ou d'inflammation péri-utérine à la suite des grossesses. Aucune maladie intestinale; santé et fonctionnement du tube digestif toujours excellents.

Anamnèse. En serrant de très près l'interrogatoire, on apprend qu'il y a deux ans, est apparue une légère constipation : jusque là les selles étaient quotidiennes; à dater de cette époque, elles ne se produisent plus que tous les deux ou trois jours; elles sont dures et peu volumineuses. En s'aidant de quelques laxatifs légers (tisane de graine de lin), la malade régularise néanmoins ses évacuations et n'a jamais à se plaindre de constipations prolongées. Deux fois, cependant, se sont montrées de petites crises obstructives avec constipation et coliques, mais sans vomissements; la première crise, au début de la maladie, la seconde, il y a un an : celle-ci coïncidait avec la ménopause. Toutes deux cédèrent facilement aux laxatifs, au bout de trois ou quatre jours, et ne furent pas suivies de débâcles diarrhéiques. Depuis un an et demi, légères hémorrhoïdes. Jamais de sang, ni de glaires dans les selles. Ces derniers temps, les selles ont été quelquefois rubanées. Un peu d'amaigrissement.

Le 23 février 1900, la malade, constipée ces jours derniers, voit cette obstruction s'aggraver; il y a des coliques, des nausées et bientôt des vomissements; les gaz cessent de passer, le ventre se ballonne. Pendant quarante-huit heures, l'occlusion est absolue; la malade ignore cependant si les vomissements furent fécaloïdes.

Entrée à l'hôpital le 25 février 1900, au soir. Femme amaigrie, d'aspect un peu cachectique et au facies un peu grippé. Il y a des nausées, et de temps à autre, quelques vomissements non fécaloïdes. Dans la journée la malade a eu quelques gaz et une petite selle, grâce à des lavements; pas d'amélioration cependant. Le ventre est ballonné, mais assez modé-

réent ; le côlon ascendant, par moments, se dessine par sa tuméfaction ou sa contraction, sous la peau du flanc droit, qui est un peu plus saillant que le flanc gauche. Des deux côtés, on sent comme une tumeur allongée et verticale ; celle du côté droit est cependant un peu plus volumineuse ; au palper on y perçoit un léger et fugitif clapotement. Par contre, la sensibilité à la pression est plus vive à gauche. Son tympanique par tout le ventre, excepté au niveau de la portion inférieure du côlon descendant et du cæcum, où le son s'assourdit un peu. Toucher rectal et vaginal négatifs ; le rectum contient des matières fécales. Traitement : grandes irrigations sous pression, injection de morphine. On obtient ainsi des gaz et une selle assez copieuse.

26 février. Le ventre reste toujours tendu, les gaz ne passent plus depuis l'irrigation, les nausées et quelquefois les vomissements persistent. Je me décide pour l'*entérostomie*. Incision dans la fosse iliaque gauche ; j'aperçois quelques adhérences épiploïques au niveau du côlon ilio-pelvien ; je les libère un peu, afin de pouvoir pousser le doigt plus loin ; l'anse sigmoïde semble affaissée. Bien que l'intestin soit mod rément distendu, je ne peux arriver à identifier la véritable nature de l'obstacle : il aurait fallu lier et détacher les adhérences épiploïques. Très désireux de ne pas aggraver l'opération chez une malade en puissance d'occlusion, je me borne donc à attirer l'anse inférieure du côlon descendant ; je passe une baguette de verre dans le méso et fixe le tout à la peau par un double surjet à la soie. Les parois intestinales avaient près d'un demi-centimètre d'épaisseur. Ouverture immédiate ; application d'un gros drain dans le bout supérieur.

Suites simples, sauf qu'il fallut de temps à autre recourir à des injections intestinales, soit dans l'anse afférente, soit dans l'anse efférente, les matières ayant tendance à stagner par suite d'un peu de parésie. Le quatrième jour, la baguette de verre est retirée.

Le 19 mars, la malade va très bien, a repris des forces et même un peu d'embonpoint, malgré une certaine maigreur habituelle. Elle a eu, depuis l'opération, deux selles anales, dont une rubanée ; pas de melæna. L'anus artificiel, assez petit, fonctionne bien. On ne sent pas de tumeur dans le ventre.

Epicrise. Bien que le diagnostic n'ait pu être fait *de visu*, nous n'hésitons guère à penser qu'il s'agit encore là d'un squirrhe annulaire de la portion moyenne de l'S iliaque, là où se voyaient des adhérences épiploïques. Nous arrivons à cette conclusion par exclusion et vu l'âge de la malade ; le rétrécissement indubitable de l'intestin n'avait pu être causé, en effet, par une affection inflammatoire quelconque du tube digestif ou de la sphère génitale, puisque l'anamnèse, très soigneusement relevée, était absolument silencieuse à ce point de vue [1].

1. Nous avons revu notre malade depuis ; à la date du 14 juin, elle allait bien, se sentait cependant un peu faible et devait continuer l'usage des laxatifs. car aon anus artificiel n'est plus qu'une simple fistule. Cette nécessité de recourir aux laxatifs nous fait toujours penser qu'il y a quelque rétrécissement, dont la cause la plus vraisemblable nous paraît être un squirrhe.

2° M. LE PROF. JACQUES BORELIUS, DE L'UNIVERSITÉ DE LUND. (INÉDITES.)

OBSERVATION I. — *Cancer du cæcum. Iléo-colostomie. Guérison.*

Ola Lindqvist, cinquante et un ans; l'affection débuta en août 1894 par de vives douleurs abdominales, revenant par crises; diarrhée et constipation alternatives; difficulté à émettre des gaz. Entrée à l'hôpital du 1-12 sept. Elle eut pendant ce temps une obstruction intestinale presque complète, avec ballonnement du ventre et vomissements. A force de lavements, elle eut une débâcle. Elle rentre le 15 septembre, avec une nouvelle crise. Son état s'améliore encore cette fois avec des lavements.

État actuel (27 oct. 1894). Ces temps derniers elle n'a eu que des selles peu abondantes, à la suite de lavements; douleurs persistantes et borborygmes au niveau de l'estomac; difficultés considérables pour émettre des selles ou des gaz. Souvent des vomissements, surtout quand les difficultés pour aller à la selle augmentent. Elle a pris de petites doses d'huile de ricin, ce qui amène toujours des douleurs abdominales et ce qui a causé récemment des vomissements. Dans la région cæcale on sent un empâtement manifeste.

28 septembre 1894. *Laparotomie; iléo-colostomie.* — Incision sur la ligne blanche. On se rend alors compte que le cæcum est envahi par une tumeur, qu'on ne peut pas cependant attirer dans la plaie. Aussi fait-on à travers le droit antérieur du côté droit une incision transversale. On peut alors amener en vue la tumeur; elle occupe le cæcum et notamment la valvule de Bauhin, car la portion adjacente de l'iléon en fait manifestement partie. L'iléon est très dilaté, très augmenté de volume, ses parois sont épaissies et ont perdu leur souplesse normale. On aurait pu certainement extirper la tumeur, mais on se contente de l'iléo-colostomie, car la tuberculose paraissait aussi admissible que le cancer. Le segment le plus proche de l'iléon fut uni au côlon A. par une anastomose latérale (surjet à la soie). Suture abdominale. Pansement.

4 octobre. Suites simples; va bien.

6 octobre. Selles abondantes à la suite d'un laxatif et d'un lavement.

13 octobre. La malade se lève; elle est remise à la portion entière. Selles normales et spontanées.

21 octobre. *Exeat.*

16 mars 1895. La malade se présente à la visite; état général excellent. Elle a remarquablement engraissé.

Décembre 1895. Depuis deux mois, son état s'est aggravé. Il existerait une tumeur plus grosse que le poing, mobile (?) dans le ventre. Elle rentre à l'hôpital le 5 décembre 1895.

9 janvier 1896. *Laparotomie exploratrice.* — Incision sur la ligne blanche au niveau de l'ancienne cicatrice. On trouve une tumeur rétro-péritonéale, d'étendue considérable et passablement adhérente en arrière. Plusieurs anses intestinales paraissent presque soudées au néoplasme, dur, mais assez bien délimitable par ailleurs. Cancer inopérable.

16 janvier. Guérie.

25 janvier. Déclarée incurable. *Exeat.*

Obs. II (pour mémoire). — Cette observation a paru dans l'*Hygiea*, 1898 (Cfr. Index bibl.) : c'est une entéro-anastomose. Guérison.

Obs. III. — *Cancer de l'S iliaque. Résection. Guérison.*

Korin Olsson, quarante-deux ans. En février 1898, surviennent de violentes douleurs dans le côté gauche du bassin, en même temps que des coliques. A la suite de quelques selles diarrhéiques, son état s'améliore. Depuis cette époque, elle a constamment des douleurs et de la difficulté quand elle va à la garde-robe. Jamais de sang, ni de mucosités. Au palper, l'on sent dans la fosse iliaque gauche une vague rénitence. Par le palper bi-manuel on sent, sur le côté gauche du rectum, dans le bassin, une grosse tumeur mobile.

9 juillet 1898. *Laparotomie ; colectomie.* — Incision le long du bord gauche du droit antérieur. L'S iliaque est attirée au dehors et se trouve présenter à son extrémité inférieure un rétrécissement néoplasique. On put facilement l'attirer hors de la plaie et l'on résèque environ 25 centimètres de l'S iliaque. Entérorraphie circulaire à trois plans. Fermeture de l'abdomen.

16 juillet. Suites simples. Va bien.

23 juillet. La malade se lève.

27 juillet. *Exeat.*

Examen histologique (par le Dr Quensel, de Stockholm). Au niveau de la tumeur, qui obstrue la lumière de l'intestin, on trouve tous les signes d'un *adenoma destruens*, dont les culs-de-sac sont disséminés partout, même dans les couches musculeuses et externes. Dans la partie supérieure du fragment réséqué, on remarque un épaississement de la paroi, dû seulement, comme le montre le microscope, à l'hypertrophie de la musculeuse et non à du néoplasme[1].

Obs. IV. — *Cancer de l'S iliaque. Résection. Guérison.*

A.-E. Olsen, quarante-quatre ans. Bien que le malade soit en général bien portant, il est de tempérament névropathique et hypochondriaque. Les premiers signes d'une affection du tube digestif se montrèrent, il y a quatre ans, sous forme d'un catarrhe léger du gros intestin. Les selles étaient formées de scybales dures, expulsées avec une mince couche de mucosités de coloration rougeâtre et mélangées à des glaires parfois striées de sang. A cette époque, l'exploration digitale du rectum fut négative.

De 1894 à 1895, le catarrhe persista, mais de 1896 à 1897, il fut si léger que le malade n'éprouva pas le besoin de consulter un médecin. Au printemps 1898, son état s'aggrava; selles fréquentes, 6-7 par jour, coliques; fèces souvent verdâtres, de consistance normale, mélangées de glaires, mais ne contenant que rarement du sang, ou seulement des traces. En été 1898, son médecin constata une induration dans la fosse iliaque gauche. Ces derniers mois, les selles perdent de leur fréquence, mais deviennent

1. A la date du 13 juin 1900, la malade est bien portante et sans trace de récidive (Comm. écrite).

peu à peu rubanées. Les mucosités et le sang ne sont jamais venus autrement qu'avec les fèces. Aucune difficulté à tenir sèche la région anale. Le malade a peu maigri durant la dernière année (3 k.), mais beaucoup pendant ces dernières semaines. L'état général s'est aggravé. Ces deux dernières semaines les selles sont devenues plus fréquentes qu'avant. Entre à l'hôpital le 15 décembre 1898.

État actuel (17 déc. 1898). Dans la fosse iliaque gauche on sent profondément une masse résistante, bosselée, à peu près parallèle au ligament de Poupart et à 5 ou 6 centimètres au-dessus de lui. En haut et en dehors elle diminue peu à peu, sans limites nettes. Du côté du petit bassin elle devient plus dure. Au palper bi-manuel, par le rectum, on trouve très haut une voussure de la paroi antérieure de ce conduit et l'on peut vaguement sentir une tumeur entre la main placée sur le ventre et le doigt placé dans le rectum. Cette tumeur, qu'on peut estimer au volume d'un citron, paraît être le prolongement direct de l'induration existant dans la fosse iliaque; elle semble parfaitement mobile. Par contre, l'indûration iliaque paraît un peu adhérente à la paroi postérieure du bassin; elle est sensible au toucher, ferme, sans être dure.

18 décembre 1898. *Laparotomie*; *colectomie*. — Incision le long du bord externe du droit antérieur. Sur la courbe inférieure, presqu'à l'origine de l'S iliaque, on sent une tumeur. Elle était adhérente, en dehors, aux parois du bassin, sur une étendue grande comme une pièce de 5 öre (7 centimes). Après qu'on eut libéré cette adhérence, la tumeur fut attirée en dehors avec quelque peine, et un segment long d'environ 20 centimètres fut réséqué. Entérorraphie circulaire. Aucune glande mésentérique ne parut tuméfiée. Sutures abdominales. Pansement.

22 décembre. Selle régulière ayant la consistance d'une bouillie.

25 décembre. Va bien.

28 décembre. Fluctuation à la partie supérieure de la cicatrice. Incision; issue de pus mélangé à des matières fécales.

4 janvier 1899. Le malade peut se lever.

A la fin du mois il reste une petite fistule stercorale. Les selles se font normalement par l'anus. *Exeat.*

Revu au printemps 1899 : va bien[1].

Obs. V. — *Cancer de l'angle hépatique. Résection du cæcum, du côlon ascendant et d'une partie du transverse. Guérison.*

Karna Mårtenson, cinquante-quatre ans, bien portante jusqu'ici. En août 1898 l'affection débute par des douleurs du côté de l'estomac, des vomissements et de la constipation. Depuis lors, douleurs dans le côté droit. Durant ce temps elle recourt aux laxatifs. A l'hôpital de Hörborg, on lui fit, en février 1899, une *néphropexie* droite. Elle n'y gagna cependant aucune amélioration, plutôt le contraire. Dans la suite, les garde-robes se

1. Par une communication écrite, en date du 8 juin 1900, M. le Prof. Borchius nous annonce, que son opéré « est bien portant, sans trace de récidive, qu'il a « augmenté de 15 kil., et est en train de se faire assurer sur la vie! »

fi rent de plus en plus rares. Troubles profonds du côté du ventre : tantôt il s'y forme des tumeurs dures, tantôt il se rétracte à l'extrême. La malade a considérablement maigri pendant ce temps. Le 3 juin 1899, on explore le ventre sous chloroforme; on reconnaît la présence d'une tumeur dure, mobile, grosse comme une pomme, vraisemblablement intestinale, au niveau de l'extrémité inférieure du rein droit.

5 juin 1899. *Laparotomie; colectomie.* — Incision oblique vers la région lombaire. Le péritoine est ouvert et la tumeur, qui occupe l'angle hépatique, est attirée peu à peu dans la plaie après ligature. En arrière de la tumeur sont des ganglions qui sont enlevés soigneusement. Dans ce but, le côlon est, en dedans, peu à peu détaché du duodénum, à une certaine distance et le long du côlon transverse. A ce dernier niveau l'intestin est lié, puis sectionné. Le segment distal de l'intestin est fermé par une suture d'invagination. Le cæcum est ensuite libéré, ainsi que l'appendice, long d'environ 15 centimètres. L'iléon est sectionné à quelques centimètres au-dessus du cæcum. Le bout proximal est implanté latéralement dans le côlon transverse par le moyen d'une suture à la soie à 3 plans.

13 juin. Suites simples.

22 juin. La malade se lève.

30 juin. *Exeat.*

L'angle splénique offre une tumeur annulaire, qui n'admet pas le petit doigt. L'iléon réséqué montre une hypertrophie frappante de la musculeuse.

Description de la tumeur. — La pièce réséquée est formée par le cæcum, le côlon ascendant et le début du côlon transverse. Au niveau de l'angle hépatique on trouve une tumeur cancéreuse, grosse comme une pomme, embrassant la paroi de l'intestin sur toute sa circonférence et qui en a rétréci le calibre à ce point qu'elle n'admet qu'avec difficulté l'extrémité du petit doigt. La face interne de la tumeur, du côté de la lumière intestinale, est partout en voie de désagrégation ulcéreuse. En amont de la tumeur (cæcum et côlon ascendant), l'intestin est considérablement dilaté et sa paroi fortement hypertrophiée; hypertrophie ne frappant d'ailleurs que la musculeuse. Dans le méso-côlon, nombreuses glandes tuméfiées, d'aspect encéphaloïde [1].

3° Dr Barthold Carlson, de Göteborg. (Inédite.)

Obs. IV [2]. — *Entérostomie antérieure pour obstruction; résection de l'S iliaque cancéreuse. Guérison.*

Le 11 août 1899, j'ai eu l'occasion de pratiquer une résection de l'S liaque pour cancer. La malade a guéri sans la moindre complication.

4 mois auparavant, un chirurgien avait établi, pour cause d'iléus, un anus artificiel chez une femme de cinquante-deux ans. Ce dernier s'était

1. A la date du 8 juin 1900, la malade n'offrait pas trace de récidive, avait engraissé et augmenté de poids (Comm. écrite).

2. Nous lui donnons le n° IV, l'auteur en ayant publié trois autres. Voir index bibl., année 1899.

fermé et une nouvelle crise d'occlusion vint à se produire. J'arrivai cependant à vider tant bien que mal son intestin, et je sentis une tumeur au niveau de l'S iliaque.

Après laparotomie, je réséquai la plus grande partie de la flexure, qu'occupait une tumeur annulaire ne laissant passer qu'une sonde n° 10. Je suturai la muqueuse au catgut, parce qu'à mon avis il n'est pas bon d'avoir une suture à la soie, drainant le contenu intestinal à travers les parois. J'ajoutai, en outre, deux rangs de sutures en surjet à la soie. Naturellement j'accorde une grande importance à l'évacuation, aussi complète que possible de l'intestin, avant et après l'opération, et je donne chaque jour des laxatifs, surtout quand la résection doit porter aussi bas. Ma malade prit donc le jour même de l'opération et les jours suivants une cuiller à bouche d'huile de ricin. Une suture intestinale bien faite, à mon avis, ne peut pas se laisser traverser par un contenu liquide; mais, si bien faite qu'elle soit, elle pourra toujours céder sous l'influence d'un bol fécal trop dur.

En février 1900, la malade allait tout à fait bien et ne se plaignait en rien de son ventre.

4° M. le Dr F.-M. Caird [1], Assistant-Surgeon, Royal Infirmary, Edinburgh (Inédites, 1900).

Obs. X (1895). — *Cancer de la valvule iléo-cæcale. Résection. Guérison. Malade vivante et bien portante depuis sept ans.*

Mlle K.., quarante-sept ans, maigre, mais active. Se plaint d'une tumeur de la région iliaque droite, d'irrégularités dans les selles, et de l'affaiblissement de sa santé. Elle fit un effort en juin 1891. Depuis ce temps, elle éprouve des douleurs intermittentes, au niveau de la place occupée par la tumeur. A la suite de grandes fatigues, en août 1892, la douleur s'exacerba, devint plus continue et augmenta l'incapacité de travail. En janvier 1893, la malade découvrit la tumeur. La souffrance continuait à augmenter, s'irradiait souvent à gauche et même en haut. Il n'y avait pas d'élancements violents. Dernièrement, elle a eu de l'anorexie et des nausées, quelle que fût l'alimentation, mais pas de vomissements. L'appétit est bon. Elle a une diarrhée irrégulière, mais incoercible. Antérieurement, pendant sa maladie, elle était plutôt constipée. Elle n'a pas beaucoup maigri. Urines normales. A mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, on trouve une tumeur dure, arrondie, grosse environ comme le poing, et qu'on peut légèrement déplacer dans le sens latéral.

25 mars 1895. *Laparotomie sur la tumeur.* — Le côlon, adhérent en ce point, fut pris pour le péritoine épaissi, et incisé. L'exploration digitale montre une tumeur de la valvule iléo-cæcale, contenue dans l'intestin,

1. Les deux premières observations ont été publiées dans l'*Edinburgh med. J.*, oct. 1895. Mais leurs suites opératoires sont inédites et nous les devons à une communication écrite de l'auteur, en date du 14 février 1900. Les observations suivantes sont entièrement inédites.

qui adhère aux tissus environnants. Application d'un clamp sur le côlon Le cæcum, l'appendice, 6 pouces (15 c.) du côlon et 3 de l'iléon (7 c.,5) sont réséqués. Après pli fait au côlon transverse, de façon à égaliser sa lumière à celle de l'iléon, on fait la suture bout à bout. Durant les trois premiers jours, le pouls varie de 125 à 150, la respiration de 97° à 98° (Fahrenheit). La malade eut un petit vomissement pendant la nuit et il fallut donner un peu de strophantus et de morphine. Guérison; suites normales. Selles solides naturelles le dixième jour. Il se forma dans la suite une petite fistule fécale, mais elle se ferma rapidement. Depuis elle s'est très bien portée.

(Comm. écrite). Carcinome iléo-cæcal. Vivante et bien portante à l'heure qu'il est (février 1900).

Obs. XII (1895). — *Cancer de l'S iliaque : résection en deux temps. Guérison.*

M. D..., soixante ans, fort et en bon état. Opération pour obstruction, le 19 mars 1895.

Il y a environ trois semaines, il avait eu une crise semblable, mais moins violente. Habituellement constipé; depuis peu, léger amaigrissement. La région cæcale est ballonnée, pleine et sensible au toucher. Le rectum a été vidé par des lavements et ne contenait guère plus d'une pinte de liquide.

Opération. — Incision de la colotomie lombaire. Une anse distendue de l'S iliaque est attirée à la plaie et en tirant sur son extrémité distale, une masse carcinomateuse, suivie d'une anse vide et affaissée, vient à se montrer. Le tout est laissé en dehors de la plaie et un anus artificiel est établi, en fixant un tube de Paul au-dessus du rétrécissement cancéreux, avec l'intention de réséquer ce dernier ultérieurement.

Va bien jusqu'au 25 mars; est pris alors de délire maniaque, dû à une intoxication iodoformée. La suppression du topique et un pansement, approprié amènent une rapide amélioration. Résection de la tumeur et entérorraphie circulaire le 9 avril. Suites normales. Un peu plus tard, l'abcédation d'un point de suture occasionne une fistule fécale, de forme valvulaire, à l'heure qu'il est, et n'admettant qu'un simple crayon; bien que les gaz s'échappent parfois, le malade vaque cependant à ses occupations sans grand ennui. Une opération plastique sera peut-être nécessaire pour clore la fistule.

(Comm. inédite). Carcinome de l'S iliaque; résection de 6 à 7 pouces. Mort le 17 janvier 1896. Le malade avait très bien guéri, augmenté de poids et se trouvait en excellente santé, quand, trois jours avant sa mort, réapparut tout à coup de l'obstruction. La colotomie ne donna qu'un soulagement temporaire. On ne put sentir aucune tumeur. Des adhérences ou une coudure de l'intestin causèrent sans doute l'issue fatale. Autopsie refusée.

Obs. I (entièrement inédite comme les suivantes). — Mme P.., quarante ans. Tumeur du côlon ascendant. L'intestin ne fonctionne que très irrégulièrement. Crises répétées d'obstruction menaçante.

Excision de la tumeur, comprenant 2 pouces de l'iléon, le cæcum et la tumeur, au total 10 pouces (février 1897). La tumeur, un carcinome, constituait un rétrécissement annulaire d'un pouce et demi de long. Une certaine quantité de l'épiploon, adhérente à la tumeur et la recouvrant, dut être enlevée avec elle.

La malade guérit parfaitement bien, mais, au bout d'un an, des noyaux secondaires apparurent du côté du foie. Mort en mars 1898.

Obs. II. — *Cancer et résection du côlon ascendant. Guérison.*

M. W. M..., soixante-sept ans. Ce cas ressemblait beaucoup au précédent, mais l'intestin adhérait de plus à la paroi abdominale. Une longueur égale d'intestin fut enlevée et il fut nécessaire d'exciser une portion considérable du péritoine pariétal et du muscle transverse. L'opération fut faite le 21 novembre 1896. On eut beaucoup de peine à suturer l'iléon au côlon. Drainage avec un tube enveloppé de gaze iodoformée.

Le malade se rétablit lentement, grâce à la formation d'une fistule fécale, qui n'était pas encore tout à fait guérie, quand le malade mourut d'influenza le 10 janvier 1897.

Obs. III. — *Carcinome au début. Guérison depuis plus de trois ans.*

R. C..., vingt-huit ans. Excision du cæcum et d'une partie de l'iléon. Tout autour des parties existe de l'inflammation chronique et des adhérences. Après l'opération, on s'aperçut sur la pièce, que l'appendice était relevé en haut, adhérait à la face postérieure du cæcum et faisait saillie sous forme d'un noyau dur à l'intérieur de la lumière intestinale. L'examen microscopique révéla l'existence, à ce niveau, d'un jeune carcinome. Suture bout à bout (20 août 1896).

Le malade s'est depuis parfaitement porté (février 1900).

Obs. IV. — G. S..., trente-six ans. Ablation d'un carcinome de l'S iliaque. Tumeur du volume du poing. Suture bout à bout. Opération le 5 août 1896.

Guérison parfaite et bonne santé jusqu'à la fin de l'année; à ce moment se montrent des signes de tumeurs secondaires du côté du foie. Mort le 1er février 1897.

Obs. V. — Mme T..., soixante-cinq ans. La malade avait de l'obstruction, pour laquelle on fit une *colotomie* à une période où son état était déjà fort précaire. L'anus artificiel fonctionnait bien, mais chez la malade se manifestait une dépression croissante, attribuée à de la septicémie; et cependant il n'y avait aucun signe de péritonite. Craignant que le point de départ de cette septicémie ne fût la surface ulcérée du carcinome, cause de l'obstruction, je fis une *entérectomie* suivie de suture bout à bout. La malade, déjà très affaiblie, succomba douze heures après.

Obs. VI. — Mme Mac-K..., cinquante-huit ans. *Gros carcinome fixe du cæcum, avec une large zone d'adhérences au péritoine pariétal.*

Opérée le 27 septembre 1899. Ce cas rappelait l'obs. II à plusieurs

égards; mais la plaie ne fut pas drainée. Après l'opération, elle va bien, a des gaz et une première selle le 1er octobre. La plaie fut rouverte le 4 octobre, en raison des douleurs éprouvées par la malade, de la rapidité et de l'affaiblissement du pouls. On trouva une masse fécale dans la cavité péritonéale. La malade baissa ensuite rapidement et mourut le 5 octobre. *A l'autopsie*, on trouva de la gangrène de l'intestin; elle s'étendait à un pouce au-dessous de la ligne de suture. La ligne de suture était intacte, mais l'anse intestinale s'était rompue à l'extrémité supérieure de la partie gangrenée.

M. le Prof. K.-G. Lennander, d'Upsal. (Inédites.)

Obs. I. — *Cancer du côlon transverse et de la paroi. Résection. Absence de récidive après plus de six ans.*

Mme Maria Johansson, trente-trois ans, remarque, quatre semaines après son dernier accouchement, une tumeur, grosse comme un œuf de poule, au-dessous du nombril. A son entrée à l'hôpital (23 juillet 1893), la tumeur avait le volume du poing et adhérait à la paroi abdominale, qui paraissait infiltrée par le néoplasme. A ce niveau la peau était rouge et sensible à la pression. La malade était très amaigrie.

Opération le 29 juillet 1893. Dès le premier coup de bistouri, on s'aperçut qu'on avait affaire à une tumeur maligne. La paroi abdominale fut alors ouverte un peu sur le côté de la tumeur. On trouva à ce niveau une tumeur du côlon transverse et qui était soudée à la paroi abdominale. Dans le méso-côlon du transverse on sentait distinctement plusieurs gros ganglions lymphatiques. On commence par enlever une large plaque comprenant la peau, l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine, de façon à dépasser largement les parties malades de la paroi. On résèque ensuite un segment du transverse, long d'environ 8 centimètres, avec le méso correspondant; les ganglions hypertrophiés, mentionnés plus haut, s'y trouvaient compris. La suture intestinale, faite d'après le procédé de Wölfler, fut recouverte par l'épiploon et des franges épiploïques, qu'on sutura par dessus, tout autour de l'intestin. La fente mésocôlique fut exactement fermée par la suture, soit en haut, soit en bas. Mais la plus grave difficulté consistait à refermer le ventre! Le péritoine pariétal fut disséqué des deux côtés. Le grand épiploon fut déployé au devant des intestins. Là où le péritoine pariétal ne put être réuni, on le sutura exactement au grand épiploon; ce dernier comblait donc la perte de substance du péritoine. Les muscles droits furent détachés de leur gaine, attirés vers la ligne médiane, où ils furent suturés l'un à l'autre avec du fil fort. Après quelques débridements, la peau et la paroi antérieure des gaines des muscles droits purent être suturées bord à bord. Les sutures intestinales furent faites à la soie; pour les autres sutures perdues on employa du catgut stérilisé à sec. Pour la peau, on se servit de crin de Florence.

Aussitôt après l'opération, injection sous-cutanée de 600 cc. de solution physiologique.

30 juillet. Émission naturelle de vents.

3 août. Selle naturelle spontanée ayant la consistance d'une bouillie.

Le 1er août, en raison de menaces de suppuration entre la peau et l'aponévrose, une paire de fils doit être enlevée.

Le 4 août, il faut enlever encore quelques fils et faire une contr'ouverture, ce qui arrête l'évolution du phlegmon sous-cutané.

12 septembre. La perte de substance abdominale est recouverte à l'aide d'un lambeau pédiculé.

24 septembre 1893. *Exeat.* On ne croyait guère à ce moment que la malade resterait longtemps sans récidive : 1° à cause de l'invasion de la paroi abdominale par la tumeur; 2° parce qu'on avait dû laisser dans le méso-côlon un certain nombre de ganglions manifestement hypertrophiés, bien que moins volumineux que ceux enlevés avec le coin mésentérique.

L'examen microscopique (prof. C. Sundberg) démontra que la tumeur, soit intestinale, soit abdominale, était *cancéreuse.*

La malade, dont j'avais eu des nouvelles satisfaisantes dans l'intervalle, vint se présenter à ma visite le 2 octobre 1899. Elle déclara qu'elle pouvait parfaitement travailler. L'appétit était bon et elle avait pris de l'embonpoint; selles régulières, quotidiennes et spontanées, depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'à ce jour.

Nulle part dans le ventre on ne sent de tumeur. Le bord du foie est absolument lisse, autant qu'on peut s'en rendre compte à la palpation. Le ventre est légèrement en besace. La cicatrice, assez complexe, ne présente pas de hernie à proprement parler : dans les grands efforts seulement, apparaît à gauche une petite saillie grosse comme la moitié d'un œuf de poule. La malade se sert d'une ceinture ventrale.

Obs. II. — *Cancer du cæcum et du côlon ascendant. Guérison maintenue depuis six ans et trois mois.*

J.-E. Andersson, soixante ans, cultivateur. Entre à la clinique d'Upsal le 23 novembre 1893.

Le malade s'est toujours bien porté jusqu'à ces cinq ou six dernières années, où il commença par souffrir de renvois acides, de nausées et de vomissements, en même temps que de douleurs au creux épigastrique.

Depuis deux ans environ, les selles sont difficiles et le malade est sujet de plus en plus souvent à des crises de coliques. Les fèces sont généralement dures et s'accompagnèrent un jour de mucosités. De temps en temps, pendant un jour ou deux, diarrhée légère avec ténesme modéré, mais sans mélange de mucosités abondantes.

Amaigrissement durant ces deux dernières années avec sensation de faiblesse et facilité plus grande à se fatiguer. Depuis longtemps, le malade a la respiration courte, mais il ne tousse pas souvent.

Depuis quelques mois enfin, les coliques se répètent plus fréquemment qu'avant et le malade a dû suspendre son travail, parce que leur intensité augmente avec les efforts.

État actuel (24 nov. 1893). Le malade, solidement bâti, est encore assez

bien en chairs. Les traits sont cependant fatigués, mais sans expression cachectique. T. = 36°,4-37°. Pouls = 80. Au point de vue subjectif, le sujet se sentirait bien d'une manière générale, n'était-ce qu'aucun jour ne se passe, sans qu'il n'éprouve une ou plusieurs crises de douleurs, semblables à des pincements ou des coliques, et partant généralement du flanc droit. Ces douleurs, parfois médiocres, peuvent devenir tellement aiguës qu'il est obligé de se coucher : elles durent d'une petite heure à plusieurs heures. Dans les mouvements brusques ou les efforts, il ressent des douleurs et des tranchées dans le côté droit de l'abdomen. Pour le présent, il n'a ni renvois acides ni vomissements.

Au point de vue objectif, le ventre n'est pas tendu. A la palpation le malade n'indique de sensibilité que dans le flanc droit, quand on vient à enfoncer les doigts au niveau du côlon A.. A ce niveau on sent dans la profondeur une tumeur ronde, passablement dure, grande comme une petite pomme, et au-dessus de laquelle les téguments abdominaux se déplacent facilement. La tumeur est quelque peu mobile, par rapport à la paroi postérieure de l'abdomen, et peut être déplacé latéralement et, bien qu'à un moindre degré, de haut en bas. Les bords sont un peu inégaux, et l'on trouve un sillon vertical à sa partie moyenne. En haut et sur les côtés elle se délimite assez bien; mais, en bas, ses bords sont moins nets. Elle est immédiatement au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. A la percussion elle est submate, ce qui contraste avec le son tympanique du reste du ventre. On n'arrive à sentir ni glandes mésentériques ni infiltration quelconque de l'abdomen. Pas d'épanchement perceptible dans le ventre. L'exploration rectale est négative. La prostate est dure, mais non hypertrophiée. On peut injecter sans difficultés 2 litres de liquide en lavement : la percussion, exécutée aussitôt après, donne de la matité sur tout le côlon, depuis le cæcum jusqu'à l'S iliaque.

Le foie n'est pas hypertrophié : sa matité, sur la ligne axillaire, s'étend de la 5e côte à 1 centimètre au-dessous du rebord costal. L'examen de l'estomac montre une diminution de son pouvoir mécanique, mais aucune autre manifestation pathologique. Les bruits du cœur sont un peu confus. Les poumons descendent un peu bas : percussion normale; expiration un peu prolongée. Pas de râles. Urines normales.

Opération le 29 novembre 1893. Incision transversale sur le sommet de la tumeur jusqu'à la ligne médiane. La tumeur occupe les parties supérieure du cæcum et inférieure du côlon A.. Le cæcum adhère en partie à la paroi abdominale externe. On incise le péritoine pariétal un peu en dehors de la tumeur. Le côlon est pincé à 3 centimètres au-dessus d'elle et l'iléon au ras du cæcum. On dissèque alors le cæcum et le côlon ascendant, avec les ganglions correspondants, de dehors en dedans. Le mésentère est lié au catgut tout près de la ligne médiane, en sorte que toutes les glandes lymphatiques et le feuillet péritonéal qui les recouvre sont enlevés en entier. Les extrémités du côlon et de l'iléon sont fermées par trois plans de sutures : le plus interne, au catgut, embrasse la paroi intestinale dans toute son épaisseur; les deux autres, à la soie, sont séro-séreux. On

procède à l'anastomose latérale du côlon transverse et de l'iléon : les lèvres postérieures de l'anastomose sont unies par une première suture séro-séreuse, puis par une seconde; la troisième, plus antérieure, embrasse toute l'épaisseur des parois; les lèvres antérieures sont fixées par deux rangs de sutures séro-séreuses, et le rang le plus antérieur est noué avec la suture séro-séreuse des lèvres postérieures. Toutes ces sutures sont faites en surjet et à la soie. Les parties antérieures et médianes de la suture intestinale sont recouvertes avec l'épiploon. L'anastomose siégeait à 8 ou 10 centimètres des sections respectives de l'iléon et du côlon. La région dépourvue de péritoine pariétal est drainée avec de la gaze iodoformée ou stérilisée, qu'on fait ressortir par l'extrémité de la plaie, suturée par étages et au catgut sur le reste de son étendue.

Description de la pièce. — La pièce est formée par une anse longue de 12 centimètres. En la fendant, on voit que sa partie moyenne est occupée par une tumeur du volume d'un œuf d'oie. Du côté de la lumière intestinale, elle forme une saillie bosselée à bords déchiquetés et inégaux. Ceux-ci sont rouges grisâtres et entourent un vaste ulcère faisant tout le tour de l'intestin. La tumeur elle-même est longue de 4-6 centimètres : sa plus grande épaisseur est de 3 centimètres. Sur une coupe, le néoplasme paraît occuper toutes les couches pariétales jusqu'à la sous-séreuse; il semble de structure alvéolaire, formée par du tissu conjonctif gris blanchâtre, comprenant dans ses mailles des masses colloïdes. Au-dessus et au-dessous de la tumeur, la muqueuse a une teinte gris rosé clair, par places recouverte de sécrétions gris blanchâtres et grumeleuses. L'appendice a 10 centimètres de long : l'extrémité proximale montre sur une étendue de 3 centimètres, une muqueuse et une musculeuse saines. L'extrémité distale — soit les derniers 7 centimètres — offre par contre une muqueuse épaissie, soudée par une sous-muqueuse condensée à une musculeuse également épaissie : il en résulte que la distinction de ces trois couches est assez difficile. La couche musculeuse a 2 millimètres d'épaisseur dans l'extrémité proximale; elle en a 3 dans l'extrémité distale, de même qu'à la pointe de l'appendice. Diagnostic macro et microscopique : *cancer colloïde* (Prof. C. Sundberg).

29 novembre. Pouls = 116, aussitôt après l'opération. Injection sous-cutanée de 900 cc. de solution physiologique : lavement avec cognac et sucre de raisin.

Les jours suivants, on administre, selon les circonstances, des lavages intestinaux, des lavements de cognac, des injections camphrées, de petites doses de calomel et de la poudre de feuilles de digitale.

3 décembre. On s'aperçoit que toute la plaie est envahie par la suppuration : on fait sauter tous les points de suture et on tamponne jusqu'au 5 janvier 1894, où l'on fait la suture secondaire, qui amène la guérison complète.

20 décembre. La malade prend la grippe, qui régnait alors à Upsal.

8 janvier 1894. Pneumonie gauche.

1er février. Empyème gauche métapneumonique : incision immédiate.

Incision d'environ 10 centimètres le long de la 9e côte, dont on résèque un morceau de 4 centimètres sur la perpendiculaire axillaire postérieure. On tombe alors dans deux grandes cavités purulentes, communiquant l'une avec l'autre par un détroit de l'épaisseur du doigt. L'une de ces cavités se trouvait à la face antérieure du poumon et son extrémité supérieure ne pouvait pas être atteinte avec le doigt; l'autre se trouvait entre le poumon et le diaphragme. La brèche thoracique coïncidait avec l'extrémité inférieure des deux cavités purulentes. Après qu'elles eurent été vidées de leur abondant contenu, on introduit deux gros drains, fixés l'un à l'autre, et disposés de telle façon que chacun pénétrât dans une des deux cavités.

20 février 1894. Les drains sont retirés.

18 mars 1894. Exeat. La plaie abdominale est guérie et l'orifice de l'empyème est presque fermé.

12 mars 1899. Le malade se présente à la visite. Il est bien portant, a bon appétit, va spontanément et quotidiennement à la selle. Le murmure vésiculaire s'entend quoique faiblement jusqu'à la partie inférieure du poumon gauche. La partie moyenne de la cicatrice abdominale montre une petite hernie. Dans le ventre on ne sent aucune induration. Le foie est de dimension normale. Rien d'extraordinaire quant au reste.

En février 1900 le malade est toujours bien portant.

Obs. III[1]. — *Résection du côlon ascendant pour cancer perforant avec abcès péritonéal. Mort de septicémie.*

Margareta Ersdotter, soixante et un ans. Entrée le 4 mars; antécédents héréditaires négatifs, au point de vue du cancer.

Depuis dix ans, elle souffre de troubles digestifs : sensation de pesanteur abdominale surtout après les repas. Constipations fréquentes alternant avec diarrhées. Le ventre n'a jamais été distendu. La malade ignore si elle a jamais eu du melæna.

Le 2 mars, après déjeuner, la malade éprouve subitement une douleur vive dans le côté droit du ventre et s'irradiant vers les lombes et le pli de l'aine droit. En même temps survenaient des vomissements, d'abondance médiocre, mais d'une grande fréquence. Ils continuent le 2 et le 3: ils avaient cessé au moment de l'entrée de la malade à la clinique (le 4 mars). La malade a eu des selles chaque jour et en tout cas le 3 au matin, à la suite d'un lavement. Depuis les gaz ne passent plus.

État actuel (4 mars). Le ventre est quelque peu ballonné au-dessus de l'ombilic, surtout à droite; il est sensible au niveau du droit antérieur droit et gauche (mais à un degré moindre). La fosse iliaque droite est le siège d'une sensibilité extrêmement vive: de même, la région lombaire, depuis le rebord costal jusqu'au nombril. On sent une induration immédiatement au-dessus du plan ombilical : elle s'étend de la ligne médiane vers la crête iliaque et a plus de 5 centimètres de large. Par contre on n'arrive à sentir aucune tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Le toucher

1. Rédigée par M. Erik Holmgren.

vaginal est négatif, mais éveille une très vive douleur. T = 39°,1 ; P = 104. L'urine contient de l'albumine. Rien à noter du côté du cœur ou des poumons. Le diagnostic fut : péritonite purulente de la moitié droite du ventre.

Opération, le jour même (prof. Lennander). Anesthésie mixte (chloroforme-éther). Incision transversale dans la région lombaire; elle fut ensuite prolongée jusqu'à la ligne blanche. On tombe dans une cavité pleine d'une sérosité purulente, un peu fétide; on remarque aussi, que, sous le péritoine, à la partie supérieure de la fosse iliaque, se trouve une grande cavité à contenu séro-purulent. Sur la ligne médiane se trouvent quelques fortes adhérences, ainsi qu'à la partie inférieure de la fosse iliaque. Par en haut le pus semblait s'étendre entre le foie et le diaphragme. La cause de cette péritonite était un cancer du côlon ascendant avec perforation de la paroi antérieure de l'intestin. Il fallait donc enlever le cæcum et le côlon A. On sectionne l'iléon et le côlon T; on le dissèque par en dehors, on lie le mésentère, et l'on enlève ainsi plusieurs ganglions qui se montraient tuméfiés. Le rein et le duodénum se trouvent ainsi à nu. On place une ligature sur l'extrémité distale du côlon T. et le tout est invaginé par deux sutures en bourse à la soie. Le bout proximal de l'iléon est serti dans le côlon T et maintenu par trois rangs de suture, en arrière, et deux, en avant. La plus grande partie de la suture intestinale fut recouverte par l'épiploon.

Le muscle droit et sa gaine sont suturés au catgut; ailleurs, la plaie est laissée ouverte, mais soigneusement tamponnée.

P = 112, après l'opération; irrigation intestinale, lavement de vin et injection de 1000 cc. de solution physiologique. T = 37°6 et P = 106, le soir.

5 mars. Depuis l'opération, la malade a reçu un lavement de vin toutes les 3 heures, ainsi que des injections de camphre. Dans la journée on continue les lavements de vin, les irrigations intestinales; plus de camphre. A la suite des irrigations, il vient chaque fois des gaz; on permet à la malade de se coucher sur le côté gauche, afin de prévenir, si possible, une coudure de l'intestin par le fait du tamponnement. Pendant la nuit la malade a eu des vomissements porracés; elle en a encore le soir; elle s'est plaint de douleurs dans le ventre, ce qui oblige à lui administrer 2/3 de centigramme de morphine. La couche externe du pansement dut être renouvelée deux fois pendant la nuit. T = 38°, P = 100, le matin. Les vomissements se font rares pendant la journée, mais le soir, l'état s'aggrave. T = 38°,6, P = 116. Continuation du traitement général; gaz et selle à la suite de l'irrigation. Le soir la malade devient agitée; injections de morphine.

6 mars. Le pansement, traversé, est renouvelé; autour et au-dessus du nombril, sur une étendue grande comme la paume de la main, la peau est violacée; on enlève toutes les sutures (partie antérieure de la plaie), ce qui amène l'issue de bulles gazeuses; tout autour de la zone livide se trouve une zone verdâtre qui s'étend sur tout le ventre.

Injection intra-veineuse de solution physiologique (1 litre); injections sous-cutanées de caféine. Mais, malgré tout, la vitesse du pouls augmente, ses pulsations deviennent filiformes et la malade succombe à 4 heures 25 de l'après-midi.

Les urines pendant tout ce temps, furent fortement albumineuses. Dans le dépôt on trouva des leucocytes, quelques globules rouges, des cellules épithéliales et des cylindres hyalins.

Description de la pièce. L'anse intestinale réséquée mesure environ 25 centimètres, dont 5 appartiennent à l'iléon. L'appendice, long de 10 centimètres, adhère à la face postérieure du cæcum. A 10 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin on trouve une ulcération circulaire, qui a complètement perforé la paroi intestinale, à tel point que la partie située en aval n'est plus reliée à celle en amont que par un pont imperceptible dépendant de la paroi postérieure. Les bords de l'ulcération sont ternes, épais (3-4 cent.) et sont très durs au toucher. Les ganglions réséqués avec le mésentère se montrent cancéreux à la coupe.

Autopsie résumée (prof. C. Sundberg [1]). Les parois abdominales sont de coloration brune ou verdâtre; cette teinte s'étend sur le flanc gauche, jusqu'à l'aine; à droite elle est limitée par l'incision opératoire. Après ablation des tampons, les intestins occupant le fond de la plaie se montrent avec une teinte verdâtre. Pas de pus au niveau des tampons. Les parois abdominales sont infiltrées de gaz, surtout dans la couche sous-péritonéale. Au niveau de l'estomac (face antérieure), quelques adhérences fibrineuses faciles à détacher. Au niveau de l'épiploon, rétracté et un peu ecchymotique, on trouve une cavité fibrino-purulente dans l'angle compris entre le côlon T et l'implantation de l'iléon. Ces portions d'intestin adhèrent, mais lâchement, les unes aux autres, par des membranes fibrineuses; ces mêmes membranes ou tractus fibrineux se rencontrent sur les anses externes de l'intestin, qui sont fortement dilatées par les gaz. Quant aux autres anses, elles sont saines et normales d'aspect. L'emphysème pariétal, indiqué plus haut, se continue dans le bassin au-dessous de la séreuse de l'utérus et des ligaments larges. Il n'y a pas d'odeur cependant. Au fond du pelvis on trouve à peine un peu de liquide trouble et sanguinolent; mais le péritoine est lisse et brillant. Le côlon A a été enlevé en entier avec le cæcum et l'appendice. La partie postérieure de la suture d'implantation est un peu verdâtre, mais ne présente pas trace de perforation; l'épiploon la recouvre sur le reste de son étendue. Une injection d'eau par l'intestin grêle passe dans l'S iliaque, sans fuser par aucun point de la suture, qui est donc absolument étanche.

Un peu d'hypostase de côté des poumons.

Rien à noter de bien particulier dans les autres organes, sinon que la muqueuse jéjunale est un peu emphysémateuse.

Appendice.

Nous donnons en appendice aux cas inédits deux observations : celle du prof. af. Schulten, assez difficile à se procurer, et celle d'Axel Cedercreutz, que l'auteur a bien voulu compléter par un petit renseignement inédit.

1. Rédigée par M. Oscar Lindemalm.

M. W. af Schulten, 1890. — Adam R...., quarante-sept ans [1], aubergiste, entre à la clinique chirurg. d'Helsingfors, le 26 mars 1890. Depuis son enfance le malade éprouve quelque gêne au-dessous du thorax. En novembre dernier, en toussant, il ressent subitement une douleur au-dessous du rebord costal; en y portant la main, il trouve une tumeur dans la moitié droite de l'abdomen. Cette tumeur l'incommode, mais elle est peu sensible à la pression. A partir de novembre, l'état général décline. Les sensations provoquées par la tumeur deviennent plus pénibles, les selles sont liquides et fréquentes, mais non douloureuses. Les forces, l'appétit diminuent. Ni vomissements, ni occlusion intestinale; jamais de melæna.

Il entre le 18 janvier 1890 à la clinique médicale; on note que chez le malade, amaigri, existe une tumeur, grosse comme le poing, siégeant dans l'hypochondre droit et s'étendant jusqu'au ras du rebord costal; on peut la déplacer en haut ou en dedans, jusqu'au nombril et à la ligne blanche, on peut même lui faire franchir un peu cette dernière; en dehors, on lui fait atteindre la verticale axillaire antérieure; surface inégale, consistance molle ou ferme par places; fèces liquides, non sanguinolentes. On admit le diagnostic de cancer de l'intestin (cæcum ou anses voisines).

Le malade, sur le conseil qui lui en avait été donné, se présente donc à la clinique chirurgicale le 26 mars.

État actuel : Très amaigri et très anémié, il est incapable de quitter son lit. Rien au cœur ni au poumon. Urine et température normales. Ventre non ballonné. Dans l'hypogastre droit, immédiatement au-dessous du rebord costal, on sent une tumeur dure, à limite supérieure indécise, et s'étendant en bas à 10 centimètres environ au-dessous du rebord costal vers la fosse iliaque droite. Volume apparent : poing. Mobilité légère; on peut la refouler un peu vers la ligne blanche, mais elle reprend aussitôt sa place. Une injection gazeuse rectale la soulève un peu avec l'intestin. Plusieurs selles liquides par jour, non sanguinolentes. Anorexie.

Diagnostic : carcinome cæcal.

Préparation du malade (lavements, antisepsie intestinale, etc.), du 27 mars au 3 avril, jour de l'*opération*.

Incision de 20 centimètres le long du bord droit des muscles droits. Exsudat sanguinolent abondant dans le ventre; grosse tumeur embrassant le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant; l'appendice, non altéré est appendu à l'extrémité inférieure de la tumeur, et constitue un bon moyen de repère. La tumeur adhère solidement à l'épiploon et aux anses intestinales avoisinantes. On les dissèque ou on les décolle; double ligature en caoutchouc sur l'iléon et sur le côlon ascendant; section et désinfection des lumières intestinales. Résection d'un segment mésentérique cunéiforme, contenant des ganglions dégénérés; ligatures au catgut. On libère ensuite la tumeur par sa face postérieure, ce qui oblige à emporter une petite étendue du péritoine pariétal. Suture du mésentère;

1. Et non 27 ans (correction manuscrite sur l'exemplaire à nous envoyé par le regretté professeur).

pour rapprocher les bouts intestinaux, il faut libérer un peu l'anse côlique. Trois plans de suture : muqueux, musculo-séreux, séro-séreux. Il fallut faire au préalable un pli au gros intestin, à cause de la supériorité de son diamètre. Fermeture de l'abdomen (3 plans). Pas de drainage. Durée de l'opération : 2 heures.

Description de la pièce. Grosse comme les deux poings, à surface noueuse, mais lisse. Une fois ouverte, elle se montre formée de nodosités en choufleur végétant à la surface de la muqueuse cæcale. La valvule est intacte, de même que l'appendice; consistance ferme. Les glandes mésentériques atteignent jusqu'aux dimensions d'une amande. La pièce représente 10 centimètres de l'iléon et 8 du côlon. A l'examen microscopique (Dr L. Fagerlund), on trouve de l'adéno-carcinome.

Traitement post-opératoire à l'opium; premiers gaz, le 6 avril. Le 8, il y a un peu de tension du ventre. Même état et vomissements, après alimentation, le 10.

Le 11 avril, la tension abdominale et les vomissements persistent. Le pansement est défait : la plaie semble vouloir se réunir, mais tout autour il y a de l'œdème inflammatoire. Les sutures les plus inférieures sont enlevées; issue d'une petite quantité de pus fétide, mêlé de gaz. Première selle (elle est liquide et fétide).

16 avril. La plaie abdominale suppure peu; on n'y trouve ni gaz, ni fèces. On essaie la suture secondaire le 19.

1er mai. La plaie abdominale bourgeonne. Il en sort aujourd'hui quelques mucosités d'odeur fécaloïde.

Exeat le 23 mai, avec une toute petite plaie en voie de bourgeonnement.

16 septembre. Le malade va bien; il augmente de poids. La fistulette s'est fermée deux semaines après sa sortie. Dans le ventre, un peu ballonné, on sent quelques indurations (mésentère ou épiploon ?). Il y a un peu de diarrhée pour laquelle le malade est soigné quelque temps à l'hôpital des Diaconesses; il en sort amélioré au bout d'une quinzaine. Les indurations dans l'abdomen n'ont pas changé.

Axel Cedercreutz, 1899. T. C..., quarante-trois ans. La mère de la malade est morte à cinquante-neuf ans d'un cancer de l'estomac, et son père a succombé à une hernie étranglée. Des deux sœurs de la malade, l'une a présenté pendant trois ans une tumeur du bas-ventre. Un frère bien portant.

En 1879 — il y a donc dix-huit ans, — la malade, en soulevant un fardeau, éprouva une vive douleur au côté droit de l'abdomen. Depuis cette époque elle a toujours été souffrante. Au début, simple sensation de gêne abdominale, pour laquelle elle se fit masser. En 1880, phénomènes de nervosité; en même temps, troubles gastriques. En 1883, nouvelles crises gastriques avec douleurs et vomissements ; les selles étaient tantôt dures, tantôt liquides. Les purges soulageaient la malade quelque temps, puis tout recommençait. En 1886, elle se fait traiter et son état s'améliore un peu. En 1892, elle souffre et devient nerveuse; vomissements et douleurs abdominales violentes, revenant par crises. L'exploration de l'abdomen, à cette date,

ne révéla rien d'anormal. Depuis, son état s'est plutôt aggravé; mi-décembre 1896, elle est prise, sans cause connue, de diarrhée; on lui prescrit lavements, opium, vermifuges, le tout sans effet. En avril 1897, un médecin découvre, dans la partie inférieure droite de l'abdomen, une nodosité. Les crises à cette époque, étaient extrêmement violentes, accompagnées de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, et se répétant plusieurs fois par jour, de préférence une heure après les repas. De temps à autre, il y a eu du sang ou des glaires dans les selles; mais la malade ne peut pas dire si ce signe est plus fréquent ces temps derniers qu'il ne l'était avant. Les menstrues, établies à seize ans, sont devenues irrégulières depuis le début de la maladie. Affaiblissement considérable, surtout depuis quelque temps.

État actuel (17 septembre 1897). Constitution moyenne; amaigrissement. Température normale. Cœur, poumons, urine, normaux. Le ventre est quelque peu distendu; sous les parois amincies de l'abdomen on voit se mouvoir les anses intestinales; cependant le péristaltisme n'a rien d'exagéré et il n'y a pas d'anse spécialement dilatée. Dans la fosse iliaque droite, on sent une tumeur, mal délimitable, oblique en bas et en dedans, longue d'environ 8 centimètres. On peut la repousser un peu vers le foie ou le petit bassin, et, latéralement, vers la ligne blanche, mais alors, elle se perd dans la profondeur. Il n'y a pas de relations entre la tumeur et les organes génitaux. Pas de douleurs au palper. A la palpation profonde, on croit sentir le pôle inférieur du rein droit. Pas de clapotement à la succussion. L'injection gazeuse par le rectum soulève la tumeur et le cæcum.

Diagnostic : rétrécissement iléo-cæcal.

Opération, le 27 septembre 1897 (Dr von Bonsdorff). Laparotomie sur le bord droit des muscles droits. On s'aperçoit bientôt que la nodosité dépend du cæcum et de la portion voisine de l'iléon; tout autour, péritonite chronique, ayant amené des adhérences entre le cæcum, le côlon ascendant et le péritoine pariétal. La surface séreuse de l'intestin n'offre cependant rien d'anormal. Pour s'enquérir de la nature de la tumeur, on incise en long le cæcum; sa cavité, l'orifice de l'appendice sont libres, mais l'orifice de la valvule est tellement étroit qu'il n'admet pas la pulpe du petit doigt, mais seulement l'extrémité renflée d'une pince. Un anneau induré cercle ladite valvule. Pas de ganglions dégénérés dans le voisinage. L'iléon est pincé par une double ligature de caoutchouc; son calibre est un peu augmenté, mais ses parois sont surtout très épaissies. Le mésentère est lié, puis sectionné. Même conduite à l'égard du côlon ascendant que de l'iléon. Les extrémités sectionnées de l'intestin sont fermées et invaginées. Anastomose de 7 à 8 centimètres de long entre le côlon transverse et l'iléon (3 rangs de sutures). On ne choisit pas le côlon ascendant pour lieu de l'anastomose, à cause des adhérences au milieu desquelles il est plongé.

5 octobre. Selle avec un lavement.

13 octobre. Un peu de fluctuation à la partie inférieure de la plaie abdominale; incision; issue d'un peu de pus fétide.

26 octobre. *Exeat*. Guérison.

En mai 1899, le Dr von Bonsdorff revoit sa malade : pas trace de récidive. Elle pèse 60 kilog. 3 ; elle en pesait 52 avant. L'intestin fonctionne bien et les menstrues sont redevenues régulières.

Aucune douleur abdominale.

« Le Dr von Bonsdorff a vu dernièrement la malade (le 13 février 1900); elle se portait alors parfaitement bien et paraissait avoir augmenté de poids [1]. »

Description de la pièce. — Elle représente 6 centimètres de l'iléon, le cæcum et un centimètre du côlon ascendant. L'iléon est un peu dilaté, ses parois très épaissies. La valvule est remplacée par un anneau presque cartilagineux, qui produit un rétrécissement en sablier long d'environ 4 centimètres. Sur une coupe, l'intestin mesure 2 cent. 5 au maximum. Le cæcum et l'appendice sont normaux. La muqueuse, saine, recouvre la valvule; la séreuse est lisse. Sur une coupe on voit des tubes glandulaires et des follicules isolés avec leur aspect habituel. Dans la sous-muqueuse, riche infiltration de petites cellules et forte hypertrophie du tissu conjonctif, traversé par les fibres multipliées de la muscularis mucosæ et de la couche musculeuse. Séreuse épaissie. En certains points du tissu conjonctif épaissi, on voit de petits espaces angulaires dans lesquels se rencontrent des petites cellules, de nature plus ou moins épithéliale, se différenciant nettement, même par leurs dimensions plus grandes, des petites cellules infiltrant le tissu conjonctif. Diagnostic microscopique : squirrhe de la valvule de Bauhin.

DEUXIÈME APPENDICE [2].

E. V. Pavlovf. — *Deux cas de résection de l'intestin* (*Congrès des Méd. russes*, 7 mai 1887, in *Vratch*, 1887, n° 22, p. 447).

Observation I [3]. — S. M..., treize ans, entré à l'hôpital de la Sainte-Trinité le 9 février 1887, avec des symptômes d'occlusion intestinale. Traitement médical lors des débuts de la maladie (août 1886), mais sans succès. On suppose un rétrécissement de la partie inférieure du tube digestif (intestin grêle). En raison de l'extrême cachexie du malade, on songe à la possibilité d'une tuberculose intestinale. Météorisme énorme : impossible de rien sentir dans l'abdomen. L'occlusion n'est pas absolue, car, à la suite de grands lavements, il y eut une petite selle. Après traitement interne et faradisation de l'intestin, on se décide pour la laparotomie, qui est exécutée le 25 février ; on trouve une masse d'anses intestinales, agglutinées dans la région cæcale et rappelant, au premier abord, la tuberculose.

1. Lettre inédite du Dr Cedercreutz, du 14 février 1900.

2. Nous donnons ici *in extenso* ou résumées quelques observations dont la traduction gênerait peut-être un peu le lecteur français, et que nous n'avons trouvé analysées nulle part.

3. En bonne règle, cette observation, concernant une tumeur de l'iléon, n'eût pas dû prendre place dans nos tables. Nous nous en sommes aperçu trop tard: c'est une de ces nombreuses erreurs de détail qu'il est bien difficile d'éviter dans une étude un peu longue.

L'iléon est rétréci au voisinage de la valvule de Bauhin. Les intestins sont injectés. Résection du rétrécissement, suture de la valvule et abouchement de l'iléon à la peau. Pour réduire l'intestin, il faut le vider, mais, en ce faisant, il tombe quelques gouttes de matières fécales dans l'abdomen. Lavage du péritoine. Le 25 avril, l'auteur veut aboucher l'iléon dans le transverse; mais la présence de nombreuses nodosités oblitérent ce dernier, et de multiples adhérences entre les anses grêles l'en empêchent.

Le malade vit encore (7 mai 1887), mais la rapide croissance des tumeurs ne laisse aucun doute sur une issue fatale.

Obs. II. — L..., demoiselle, vingt-deux ans, entrée, le 27 février 1887, à l'hôpital Alexandre, pour une tumeur de la région cæcale, remarquée depuis le mois d'avril 1885, époque à laquelle son médecin crut à une typhlite aiguë. Depuis cette époque la malade s'est affaiblie; douleurs abdominales et rachidiennes croissantes, en même temps qu'augmentation du volume de la tumeur. Amaigrissement. Les selles, après lavement, sont émises en quantité suffisante; pas de météorisme, ni de fièvre. La tumeur adhère dans la profondeur à la fosse illiaque droite, au voisinage de l'arcade de Fallope; les parois abdominales sont libres. Sous chloroforme, on peut suivre les bords de la tumeur jusqu'à la ligne médiane. En un point de la tumeur, sonorité légèrement tympanique. Les organes génitaux sont sains. Le 5 mars 1887, laparotomie parallèle à l'arcade crurale; libération de l'épiploon, qui adhère au néoplasme; celui-ci occupe le cæcum et le côlon ascendant lui est soudé en zigzag. Ligature élastique au voisinage de la valvule. En disséquant le cæcum, on le déchire légèrement et il s'écoule un peu de son contenu septique. On parvient cependant à dégager la tumeur de la fosse iliaque, où elle adhère aux nerfs cruraux et aux gros vaisseaux. Entérorrhaphie circulaire entre l'iléon et le transverse. Lavage de l'abdomen avec une solution d'acide borique à 1 0/0. Suture de l'abdomen à étages; suites opératoires fébriles : 38° ou 38°,2 au maximum.

Au troisième jour, selle spontanée. Au sixième, on doit désunir un peu la plaie, afin d'ouvrir la voie à une petite quantité de pus, formé autour d'un des fils de ligature. *Exeat*, le 21 mars, en bonne santé; il reste une fistulette, sans communication avec l'intestin et ne suppurant presque pas.

Dans l'obs. I, l'examen microscopique, fait par Vinogradovf, démontra l'existence d'un *endothéliome*, développé autour des vaisseaux lymphatiques et, dans l'obs. II, un *myxo-adénome papillomateux kystique*, développé, selon toute apparence, dans l'appendice ou son voisinage immédiat; la paroi de l'intestin correspondant au méso-cæcum n'était pas envahie par la tumeur.

Axel Iversen. — *Resectio S Romani. Gynäk. og. obstetr. Meddelelser* (Kjöbenhavn), 1889, VII, p. 165 (résumée).

Femme, quarante-deux ans; souffre d'un catarrhe de l'estomac depuis quatorze ans. Perte de l'appétit depuis quelque temps. Les selles, au nombre de deux ou trois par jour, ont été quelquefois mélangées de

glaires ou de sang. Pas de douleurs pendant la défécation; mictions douloureuses, sanglantes et mélangées à des débris alimentaires et des gaz.

Entrée à l'hôpital le 17 juin 1887. T = 38°. Pas d'adénite perceptible. L'hypogastre est tuméfié surtout à gauche. On sent, dans la fosse iliaque correspondante, une tumeur, submate à la percussion. Toucher rectal ou vaginal négatif. Selles normales. Urines purulentes. Le 19, on constate l'issue des gaz par l'urèthre.

Laparotomie le 24 juin. On trouve un carcinome de l'S iliaque (comme le prouva le microscope ultérieurement). Il adhère à la vessie dont les parois sont épaissies. On commence par l'isoler de cette dernière, mais on découvre ainsi une perforation faisant communiquer les deux viscères. Résection de la portion malade de la vessie, qu'on ferme ensuite par deux plans de suture. Ligature élastique de l'intestin au-dessus et au-dessous du néoplasme, puis extirpation de l'S iliaque et de son mésentère. L'hémorragie fut facile à arrêter. Abouchement des bouts intestinaux à la peau. Drainage.

Mort à dix heures du soir par collapsus.

C. Studsgaard. — *Nogle Tillfälde af Tarmresektion.* (*Nord. med. Arkiv.*, 1894, n° 6.)

Obs. F (p. 5, résumée). — Femme, quarante-deux ans. Curettage utérin, en janvier 1892, pour hémorrhagies utérines. Syphilis à dix-neuf ans. Constipation et douleurs abdominales; depuis trois semaines, elle doit garder le lit. Perte de l'appétit, vomissements : ceux-ci ont été fécaloïdes ces jours derniers. Les lavements n'ont produit aucune amélioration. Jamais de sang dans les selles.

Le ventre se ballonnant de plus en plus et devenant de plus en plus douloureux, la malade entre le 24 juin 1892 à l'hôpital : langue sèche, pouls petit, irrégulier, angoisse, facies grippé; ventre modérément gonflé. Borborygmes et péristaltisme. Submatité à la percussion dans les flancs; pas de fluctuation; sensibilité et ballonnement plus marqués à gauche. Utérus mobile. Aucune tumeur perceptible.

Le 25 juin, colotomie iliaque gauche : issue d'un liquide ascitique abondant, clair et citrin; fixation de l'intestin à la paroi à l'aide de deux paires de sutures et une baguette passée dans le mésentère. Ouverture de l'intestin : issue abondante de matières, affaissement du ventre. Le 27, il sort par l'anus artificiel des noyaux de cerises, des pépins d'orange et de pomme : la malade n'en avait pas mangé depuis le mois de janvier.

Le 13 juillet, on résèque l'S iliaque, avec la tumeur qu'elle porte, et un coin mésentérique; pas de glandes hypertrophiées. Au microscope, on trouve un épithélioma.

Exeat le 28 septembre 1892; la malade va très bien.

La malade, revue le 23 mars 1893, ne présentait pas trace de récidive, allait très bien et avait des selles normales. Elle avait eu dans l'intervalle une éruption de gommes syphilitiques, qui disparurent par le traitement mercuriel.

Obs. G (p. 6, résumée). — Femme, soixante-cinq ans. En juillet 1892, apparaissent de la constipation, des douleurs et des vomissements; l'appétit diminue; le ventre se ballonne. Ces accidents se répètent, mais disparaissent momentanément avec les laxatifs. Jamais de sang dans les selles; après chaque période de constipation, les matières étaient d'abord dures, puis liquides. Entrée à l'hôpital le 6 septembre 1892. Le 8, examen sous chloroforme : pas de tumeur perceptible dans le petit bassin. Un lavement administré ressort clair. Toucher rectal négatif. Résistance au-dessus de l'arcade de Fallope, mais la tension du ventre empêche une palpation profonde.

Le 9 septembre, laparotomie oblique latérale gauche. On attire l'S iliaque au dehors sur une longueur de 10 centimètres et on la fixe à la paroi; au cours de cette manœuvre, elle fut un peu déchirée.

L'épiploon adhérait à l'intestin. Pas de glandes.

Le 10, on ouvre l'anse au thermocautère; il sort des gaz et des matières en abondance. Dans la suite, la malade fait une pneumonie.

Le 4 octobre 1892 on résèque l'S iliaque; entérorrhaphie à deux plans de sutures (soie). Drainage. Gaz le 6, selle spontanée le 8. La convalescence est retardée par la formation d'une fistule fécale. Le 2 décembre, *exeat*; il existe encore une fistulette.

Plus tard, la fistulette s'agrandit et se transforme en un véritable anus artificiel; en tout cas, la malade va bien et n'a pas de récidive.

Tcherniadovskiï. — Réunion des médecins de l'hôpital militaire de Kievf, 20 mai 1897, in *Vratch*, 1897, n° 27, p. 776. Obs. II (résumée).

Capitaine M..., quarante-trois ans, entre dans la clinique (prof. Bornhaupt) pour une tumeur abdominale, ne donnant lieu à aucun symptôme intestinal, ce qui amena les médecins du régiment à supposer un rein mobile. Le diagnostic exact ne fut pas porté non plus à la clinique. La laparotomie montre une tumeur cancéreuse du cæcum. Le cæcum et l'anse afférente sont réséqués. Cette dernière fut, sans qu'on s'en doutât, coupée en trois endroits, grâce aux coudes qu'elle faisait et à ses adhérences à la paroi du cæcum ; toute la tumeur put cependant être extirpée. Longueur réséquée = 20 centimètres. Entérorrhaphie à la soie et au point de Czerny-Lembert. Les suites opératoires furent mouvementées, grâce à des vomissements opiniâtres et de la bronchite. Néanmoins le cinquième jour, des gaz furent émis et le septième eut lieu la première selle. Dans la suite l'intestin se souda à la paroi, la plaie abdominale céda et il se forma une hernie ventrale volumineuse. Le malade est rentré à son régiment.

J. M. Benissovitch. — *Sloutchaï raka S-obraznoï krivizny*; *oudalenie novoobrazovania; obrazovanie bokovova kichetchnova soouctia pri pomochtchi kartophelnykh plactinkovf*; *vyzdorovlenie. Vratch*, 1898, n° 4, p. 102 (à peu près *in extenso*).

Le 15 janvier 1897, entre à l'hôpital israélite d'Odessa (service de V. G. Rosen), le nommé G..., machiniste, trente-huit ans, pour une tumeur

abdominale. Il y a trois mois, dit-il, il eut une crise d'obstruction intestinale, ayant duré cinq à six jours. Grâce à des laxatifs, à des lavements élevés, il obtint des selles mélangées de sang; il s'en suivit une amélioration. De temps à autre, le malade avait de la constipation, à laquelle il était sujet depuis longtemps et, il y a deux mois, apparaissait une tumeur dans la moitié gauche du ventre; elle était douloureuse à la pression. Après s'être traité quelque temps, sans succès, chez lui, le malade entre à l'hôpital.

Constitution moyenne; aspect cachectique. Peau et muqueuses pâles. Température : 38° à 38°,2. Dans la région hypogastrique gauche, existe une tumeur bosselée, un peu sensible, grosse comme un poing d'enfant. Elle est peu mobile, submate à une percussion légère, subtympanique à une percussion plus forte. Son tympanique entre la tumeur et la rate. Rien aux poumons ni au cœur. Foie et rate non hypertrophiés. Urines normales. Deux à trois selles journalières, non douloureuses, bien moulées et ne contenant ni sang ni mucosités.

Sous chloroforme, la tumeur apparut beaucoup plus grosse qu'avant (tête d'enfant) et extrêmement mobile. On peut la déplacer en haut jusqu'aux côtes, en dedans jusqu'à la ligne blanche, et en bas jusqu'au Poupart. Au palper bimanuel, elle est nettement mobile d'avant en arrière. Pas d'adénite perceptible. Les autres rapports de l'abdomen sont les mêmes que sans chloroforme.

Diagnostic : tumeur maligne du rein. Opération le 30 janvier. Anesthésie mixte (chloroforme-éther). Incision oblique, allant du bord externe du muscle sacro-lombaire au milieu de la crête iliaque; le rein, soigneusement examiné, se montre intact.

Fermant alors la plaie lombaire, j'ouvre le ventre sur le bord externe du muscle droit antérieur, c'est-à-dire sur le sommet même de la tumeur. Introduisant la main dans l'abdomen, je constate que la tumeur part bien de l'intestin et, nommément, de l'S iliaque. La tumeur est recouverte par le grand épiploon, qui adhère par places à sa surface. Résection de l'épiploon entre deux ligatures. La séreuse intestinale est intacte; aucun bourgeon cancéreux n'en interrompt l'intégrité. La tumeur est circulaire; elle adhère au feuillet pariétal du péritoine. Cette adhérence empêche de luxer le néoplasme hors de l'abdomen, tant qu'elle n'est pas détruite avec les instruments mousses; mais elle saigne encore assez.

Établissement d'une entéro-anastomose avec des plaques de pomme de terre; avivement de la séreuse, avant de rapprocher les plaques et adjonction d'une suture de Lembert par-dessus.

L'anastomose achevée, et voyant que la résection ne présente pas de difficultés techniques particulières, je me décide à enlever la tumeur. L'état général du malade était satisfaisant et une pareille conduite me paraissait raisonnable. La résection se fait sans difficultés et assez rapidement; longueur réséquée : 20 centimètres. Les sections sont unies par deux rangs de sutures : (premier plan, d'outre en outre; deuxième plan, séro-séreux). Drainage à la Mickulicz.

Suites opératoires simples. Le quatrième jour, j'enlève une partie du tampon. Guérison de la plaie par première intention. Au huitième jour, première selle. Depuis lors, la convalescence se poursuit régulièrement. Le malade ne se plaint de rien, il augmente de poids et se sent très bien. Il *sort* le 3 mars, en parfaite santé; il a gagné huit livres (3 k. 200).

La pièce est grosse comme une tête d'enfant : elle est formée d'un segment de l'S iliaque et de glandes lymphatiques dégénérées. La portion d'intestin, en amont de la tumeur, était très mobile et put être réséquée à une distance assez grande de la tumeur; en aval, l'intestin était plus fixe et fut sectionné assez près du rectum.

La séreuse, recouvrant la tumeur, est unie, lisse, brillante, excepté vers son extrémité inférieure, où elle est un peu rugueuse. La lumière est obstruée par des bourgeons cancéreux, ayant, par places, complètement détruit la muqueuse; son diamètre est considérablement rétréci par la forme annulaire du néoplasme. Par places, la tumeur est en voie de désintégration; mais, par places aussi, elle forme des petits noyaux recouverts par une muqueuse non ulcérée. L'examen microscopique (prosecteur Ich. I. Chentzinskiï) révèle un carcinome glandulaire.

E. P. Frantzke (Varsovie). — *Resektzia sliépoï kichki po povodou raka. Liétopiss rousskoï chirourgii*, 1898, III, fasc. 2, p. 280 (*in extenso*).

Observation I (p. 296). — A..., cinquante-huit ans, fonctionnaire, entré à l'hôpital Empereur Alexandre II, le 15 mars 1894.

Malade issu de parents sains, et ayant eu lui-même une santé florissante jusqu'à cinquante-cinq ans. A cette époque, apparaissent chez lui des périodes de constipation, durant de cinq à huit jours. Il éprouvait en même temps de violentes coliques, surtout dans la région hypogastrique droite. Le malade dut en conséquence recourir souvent aux laxatifs, qui amélioraient son état pendant quelque temps. Il a eu récemment et souvent la diarrhée (5 à 6 selles par jour); les évacuations furent sanglantes deux fois. De bonne heure, il s'affaiblit et perdit des forces. Pas d'excès alcooliques ou vénériens; pas de syphilis.

État actuel : cachexie très prononcée, taille élevée, constitution moyenne. Peau de coloration pâle, terreuse. Rien aux organes thoraciques. Ventre légèrement ballonné. Au palper, on sent dans la région hypogastrique droite une tumeur, du volume d'un gros poing, de consistance ferme et de surface grossièrement bosselée. Elle est un peu mobile à droite et à gauche, à peine douloureuse à la pression. Rien autre à noter dans le reste de la cavité abdominale.

D'après les signes précédents, on porte le diagnostic de carcinome du cæcum. Opération, le 24 mars 1894, par le prof. Vassilievf. Chloroforme. Incision de l'abdomen sur la tumeur et parallèlement à la ligne blanche; mais, pour y voir clair, il fallut y ajouter une incision dirigée en dehors et perpendiculaire à la première.

Dans la plaie se montre une tumeur du cæcum, grosse comme la tête d'un enfant d'un an, et soudée par places à des anses de l'intestin grêle.

Après avoir soigneusement libéré ces dernières — ce qui prend pas mal de temps —, on passe, à une certaine distance de la tumeur, sur l'iléon, et à travers le mésentère, un petit tube à drainage, pour lier l'intestin. Conduite analogue sur le côlon ascendant. On sépare ensuite l'intestin dégénéré de son mésentère, celui-ci ayant été préalablement lié. Le côlon ascendant est sectionné à environ trois centimètres de la tumeur, et l'iléon à cinq centimètres. Les bouts intestinaux sont ensuite attirés dans la plaie et y sont suturés; on termine donc l'opération par un véritable anus artificiel. Durée : trois heures.

Pas de fièvre après l'opération. Mort de collapsus le cinquième jour.

Obs. II (p. 297). — Aron E... Un an avant son entrée comme pensionnaire à l'Hospice de la Croix-Rouge, il souffrait d'irrégularités alvines, surtout caractérisées par de la constipation. Bientôt les douleurs se concentrèrent dans la partie inférieure du ventre. Les forces et l'état général baissèrent rapidement et, à l'entrée à l'hôpital, la cachexie était très prononcée (24 nov. 1894).

A l'examen, on trouve dans la région hypogastrique droite une tumeur dure, peu mobile, peu sensible à la pression, du volume d'une grosse pomme. Rien aux autres organes.

Le prof. Vassilievf diagnostique un cancer du cæcum et en fait la résection le 28 nov. 1894. L'abdomen est ouvert le long du bord externe du muscle droit antérieur droit. Par suite de nombreuses adhérences, la dissection du néoplasme fut difficile et lente; de plus, il fallut réséquer l'intestin grêle en deux points différents, dans l'impossibilité où l'on se trouva de le libérer sans déchirer ses parois. Après résection de l'intestin cancéreux et d'un assez grand coin mésentérique, en raison des glandes dégénérées qu'il contenait, on fit l'entérorrhaphie. L'opération dura deux heures quarante-cinq minutes. Le pouls, depuis l'opération, et avec une température normale, demeura tout le temps très faible, en dépit de tous les excitants, administrés *intus* et *extra*. Le malade succomba, quatre jours après l'opération, à l'asthénie cardiaque.

Obs. III (p. 297). — C. V..., quarante-huit ans, entré à la Croix-Rouge, le 30 août 1895; se plaint de diarrhée, ainsi que de perdre ses forces et son appétit.

Début, il y a un an, par des nausées et des vomissements fréquents, surtout après les repas. En plus, à dater de cette époque, il a des diarrhées prolongées.

Il y a trois mois, en même temps que de la diarrhée (trois à quatre selles par jour), le malade éprouva des douleurs d'intensité médiocre dans la région hypogastrique droite. Durant ces quatre derniers mois, les selles ont été huit fois mélangées à du sang. Jusqu'ici la santé était florissante, l'embonpoint satisfaisant et le poids était de cinq pouds et demi (90 kilog.). Pas d'excès vénériens ou alcooliques.

État actuel : malade de taille élevée, de constitution solide, mais, cachexie très prononcée.

Dans le thorax, rien de pathologique. Parois abdominales souples. Au palper, on sent facilement dans la région iléo-cæcale une tumeur, peu douloureuse à la pression, de consistance ferme, et grosse comme le poing. Le malade pèse 132 livres (54 kilog.). Il y a 50 pour 100 d'hémoglobine seulement (dosage de l'hémoglobine par le procédé colorimétrique).

Diagnostic : carcinome cæcal. Laparotomie le 2 septembre 1895, sur le bord externe du muscle droit antérieur droit. Pas d'adhérences entre la tumeur et les autres viscères. La résection du cæcum se termine par l'entérorrhaphie, avec un seul plan de sutures à la Lembert-Czerny, le chirurgien (prof. Vassilievf) voulant abréger la durée de l'opération, en raison de l'état d'épuisement du malade. Fermeture de la plaie abdominale. Durée : 1 heure et demie. L'hémoglobine tombe, après l'opération, à 47 pour 100 et, le jour suivant, à 43 pour 100.

Suites opératoires simples. Au douzième jour, en voulant enlever les sutures, on s'aperçoit que la plaie s'est désunie dans ses couches superficielles sur une étendue de 4 centimètres, par suite de la dystrophie. Au seizième jour, le malade se lève et commence à se rétablir rapidement. Le dix-huitième jour, le malade pesait déjà 137 livres, l'hémoglobine était à 56 pour 100.

Exeat le 17 octobre; le poids est de 164 livres, et l'hémoglobine est montée à 65 pour 100. Au début du mois de janvier de cette année [1], le poids était de 197 livres et le sang contenait 92 pour 100 d'hémoglobine.

Barthold Carlson (de Göteborg). — *Tre fall af resektion [a] groftarmen för kräfta. Hygiea*, 1899, LXI, p. 29 (*in extenso*).

Observation I (p. 29). — Mme J. E..., soixante-trois ans. Entrée le 4 mars 1898, sortie guérie le 29 avril.

N'a jamais été malade; il y a trois mois, pendant une semaine, elle dut garder le lit pour des douleurs abdominales, accompagnées de vives coliques au moment des garde-robes. Le ventre n'était pas alors ballonné. Rien de particulier ne fut observé du côté des selles. Après une semaine, elle se retrouva bien portante : les selles étaient normales, l'appétit bon et le ventre complètement indolent.

Il y a une semaine, elle fut reprise des mêmes symptômes. De violentes douleurs se localisèrent dans la partie inférieure de l'abdomen et il y avait des tranchées. Les crises de tranchées étaient tantôt subintrantes, tantôt séparées par des intervalles de plusieurs heures. En même temps qu'elles survenaient des douleurs dans le ventre et chaque tranchée était suivie d'une petite selle, qu'on aurait prise pour de la gelée de groseille.

Pendant ces huit derniers jours l'état ne s'est pas modifié. Le ventre n'est pas ballonné. Pas de difficulté dans la miction. Il n'y a eu durant ce temps aucune autre évacuation intestinale que celles déjà mentionnées. La malade n'a pas maigri.

État actuel. État général bon. Embonpoint moyen. Se sent bien. Pas de

1. Il est regrettable que « cette année » ne soit pas spécifiée exactement. Est-ce 1898?

fièvre. Après lavement et purge, abondante débâcle, d'aspect normal. Le jour de l'entrée, on sentait au niveau du côlon descendant comme un boudin : il disparut après la débâcle. Ultérieurement, par contre, on sentit, un peu au-dessus de l'épine iliaque gauche, un empâtement de forme longitudinale, large de deux doigts, long de 10 cent. environ; deux fois on crut sentir une tumeur à son extrémité supérieure. On ne découvre aucune glande lymphatique hypertrophiée, ni aucune inégalité de la surface du foie. Rien aux autres organes.

Après quatorze jours d'observation, pendant lesquels on n'eut pas occasion de revoir les évacuations « gelée de groseille », mentionnées à l'anamnèse, on se décida pour la laparotomie.

Opération le 17 mars. Incision le long du Poupart et de la crête iliaque. Toute l'S iliaque et le côlon ascendant se montrent anormalement épaissis et résistants. Au niveau de leur point de jonction, à peu près, on sent, à l'intérieur de l'intestin, et fixée sur sa paroi postérieure, une tumeur de la grandeur et de la forme d'une demi-noix. On sent quelques petites glandes dans le mésocôlon, à quelque distance de la tumeur. Un petit peloton du grand épiploon était soudé à cette portion de l'intestin, où siégeait la tumeur. On résèque environ 10 cent. de l'intestin avec le mesocôlon et le peloton épiploïque. Deux plans de sutures en surjet, ne comprenant pas la muqueuse. A cause de la difficulté d'opérer dans le fond du bassin, la suture présentait un point faible en arrière; on insinua donc jusqu'à son niveau une petite mèche de gaze iodoformée, dont le bout ressortait par la plaie. Suture abdominale à trois étages.

La tumeur avait la forme d'une grosse pièce de deux couronnes (3 francs); ses bords étaient rouges, décollés et tuméfiés; au centre, existait une portion assez saillante, grosse comme le bout du petit doigt. Au microscope, la tumeur fut démontrée cancéreuse.

Après l'opération, faite sous l'éther, on injecte 800 c. c. de solution physiologique.

18 mars. T = 37°,9 — 38°,5. Mictions. Ventre non douloureux.

19 mars. T = 38°,2 — 38°,1. Quelques gaz par l'anus. Potage au vin et au gruau.

20 mars. Pas de fièvre; état général bon.

22 mars. Selle spontanée non douloureuse. Sort guérie le 29 avril.

En août, elle allait bien et avait engraissé. Selles normales[1].

Obs. II (p. 31). — Mme Ida P... cinquante-six ans; entrée, le 8 juin, sortie guérie, le 31 juin.

La malade a toujours été jusqu'ici bien portante, mais, depuis plusieurs années, elle est fortement constipée. Depuis un peu plus de six mois, elle éprouve des « crampes à l'estomac », surtout au moment des selles, qui se

1. Par lettre en date du 12 juin 1900, le Dr Carlson m'apprend que cette opérée, revue à l'instant même, ne souffre nullement de son ventre, que les selles sont régulières, que la malade a notablement engraissé et qu'on ne trouve pas trace de récidive.

produisent deux fois par semaine. Ces derniers mois, les douleurs ont augmenté d'intensité et le ventre offre une sensibilité diffuse.

Entre les crises douloureuses elle se sent bien. Les douleurs et la sensibilité de l'abdomen, diffuses jusqu'à ces quinze derniers jours, en même temps qu'elles devenaient plus violentes, se sont localisées immédiatement au-dessus de l'anus. Aujourd'hui, vers midi, à la suite d'un lavement, survient une violente crise, terminée par une abondante hémorragie anale. N'a pas maigri.

État actuel (8 juin). Aspect général bon; pâleur peu marquée. Pouls = 100; il est fort et uni. T = 38°,4. Sensibilité vive de tout le ventre; pas de ballonnement, ni de matité. Dans le rectum, gros caillots sanguins; après son nettoyage, on ne voit rien saigner.

9 juin. Un lavement ramène en abondance des gaz et du sang.

10 juin. Selle après lavement. Pas de sang. Les douleurs ont bien diminué. Pouls fort, égal.

27 juin. On ne sent aucune tumeur, mais l'S iliaque semble pleine et résistante.

29 juin. Laparotomie avec incision transversale du muscle droit. Au milieu environ de l'S iliaque est une tumeur, grosse comme une châtaigne. Glande hypertrophiée dans le mésocôlon.

L'intestin est réséqué. Suture muqueuse en surjet et deux autres sutures pareilles séro-séreuses, toutes à la soie. La suture semble bonne; cependant on glisse une mèche de gaze iodoformée de chaque côté de la ligne des sutures intestinales; les bouts sortent par la plaie, qui est suturée en un seul plan.

La tumeur est circulaire, longue de 4 à 5 centimètres; ses bords sont gonflés, à pic; elle est ulcérée en son milieu et laisse passer à peine le petit doigt. La paroi intestinale, au-dessus de l'intestin, est remarquablement épaissie et hypertrophiée. Après l'opération, faite sous anesthésie mixte (chloroforme-éther), on injecte un litre de solution physiologique.

Pendant les trois premiers jours, la température se tient à un peu plus de 38°; elle descend ensuite à la normale, pour remonter encore après quelques jours à 38°, où elle se maintient longtemps.

4 juillet. Il y a eu des gaz ces jours derniers, et de petits lavements ont amené de légères évacuations. On supprime aujourd'hui les mèches à drainage, qui sont fortement enclavées. État général bon.

5 juillet. A la suite d'un petit lavement, il sort un peu d'eau par l'orifice de drainage.

9 juillet. Toutes les selles passent par la plaie, d'où l'on retire un long fil de soie (suture intestinale).

16 juillet. Les matières ne passent plus qu'en fort petite quantité par la plaie.

31 août. *Exeat*. La fistule est presque guérie. Une semaine plus tard, elle l'était complètement [1].

1. Dans sa lettre du 12 juin, le Dr Carlson nous donne sur cette malade, qu'il venait de revoir, des renseignements aussi satisfaisants que pour celle de l'obs. I.

Obs. III (p. 33). — Mme M. S., quarante-neuf ans. Entrée le 2 septembre; morte le 8 septembre.

Avant la maladie actuelle, cette dame s'est toujours très bien portée; elle n'a jamais souffert notamment de l'estomac, de dysenterie, de fièvre typhoïde ou de tout autre cause possible de sténose intestinale.

Depuis six mois, constipation opiniâtre, n'ayant jamais alterné avec de la diarrhée.

Depuis deux mois, la constipation est devenue telle, que la malade a dû constamment recourir aux lavements ou aux laxatifs. Actuellement, elle n'a pas eu de selles depuis quatorze jours. A l'aide de lavements, il y a eu quelques gaz. Vomissements depuis trois jours. Amaigrissement considérable. N'a jamais vu de sang dans les selles.

État actuel (2 sept.). Malade maigre et mince. La circonférence maxima du ventre est de 103 centimètres; de l'appendice xyphoïde au pubis, il y a 48 centimètres. Le ventre est uniformément ballonné. Les intestins se dessinent nettement. Péristaltisme prononcé. Matité hépatique en partie effacée. Par le rectum, on croit sentir, tout en haut, dans le bassin, une petite tumeur dure. Le rectum n'admet que 300 cc. en injection. Les lavements ne ramènent ni gaz, ni matières.

3 septembre. Laparotomie, avec section transversale du m. droit gauche, long, aminci et déjeté en dehors. Pour y voir clair, on doit ajouter à cette incision une seconde, allant jusqu'à l'épine iliaque antérieure. Tout petit épanchement limpide dans l'abdomen. Les intestins sont colossalement distendus.

L'S iliaque, plus grosse que le bras, se présente dans la plaie. En la suivant en bas, on sent, vers sa jonction avec le rectum, un petit anneau dur, au-dessous duquel l'intestin est absolument affaissé. L'S iliaque est vidée par une incision. Après fermeture de celle-ci, l'anse se remplit de nouveau. La partie rétrécie est réséquée à 3 centimètres au-dessous et à 15 centimètres au-dessus de la tumeur.

On ne sent qu'un seul ganglion, qui est enlevé avec l'intestin.

Le contenu intestinal menaçait à tout instant de refouler en bas la ligature élastique supérieure. L'extrémité de l'anse inférieure, qui n'était autre que la partie supérieure du rectum, ne put pas être attirée dans la plaie; l'on ne put pas davantage appliquer sur elle une ligature; enfin, les anses intestinales, gonflées, se précipitaient à tout instant et de tous les côtés entre les doigts du chirurgien. Ce fut donc dans les circonstances les plus défavorables que je procédai à l'entérorrhaphie. Elle fut cependant facilitée quelque peu par ce fait, que, les deux lumières intestinales étant très dilatées, on pouvait les affronter largement. Après application de la première ligne de sutures, comprenant toute l'épaisseur des parois intestinales, la ligature est dénouée; on s'aperçoit alors qu'en un point seulement, sourd une toute petite goutte de matières fécales. On applique à ce niveau quelques points de renforcement, après quoi on fait une large suture en surjet; on n'ose pas allonger l'opération par un nouveau plan de sutures. Drainage à la gaze iodoformée jusqu'au niveau de l'entérorrhaphie.

Fermeture de l'abdomen à trois étages. Pendant la dernière partie de l'opération il se fit une débâcle gazeuse et fécale colossale.

Le rétrécissement, sur la pièce enlevée, admettait seulement une toute petite sonde. La tumeur était un cancer extrêmement dur. L'opération avait duré deux heures et demie, avec anesthésie mixte légère (chloroforme-éther). Injection de 1 litre de solution physiologique après l'opération.

5 septembre. État général excellent. Selles abondantes. Pas de vomissements. Ventre indolent, affaissé. T = 38°,1 (hier au soir), 37°,9 (aujourd'hui après midi). Pouls = 100.

6 septembre. Selle le matin. Dans l'après-midi, la malade commence à souffrir du ventre.

7 septembre. Vomissements. P = 120. T = 38°,5 (matin). Pas de selles pendant la nuit, ni aujourd'hui, ventre un peu ballonné, sensible. Pour ces motifs on rouvre environ la moitié de la plaie abdominale. La suture intestinale avait éclaté sur les deux tiers de sa circonférence environ et, à son niveau, se trouvait coincé une boule fécale, dure, grosse comme une pomme. Après l'avoir extraite, et nettoyé du mieux possible le petit bassin, les deux bouts intestinaux bâillèrent largement. Drainage de l'abdomen, soit du côté du rectum béant, où l'on conduit une mèche de gaze iodoformée et un drain de caoutchouc, soit du côté de la plaie abdominale, où l'on établit un drainage avec la bourse de Mickulicz. On attire ensuite l'extrémité inférieure de l'S iliaque pour la suturer, dans l'angle latéral de la plaie, à la façon d'un anus artificiel. Injection de 1 litre de solution physiologique.

8 septembre. Morte de péritonite.

J. VAN DER HOEVEN. — *Mededeeling van een geval waarbiij gelijktijdige wegneming van een gedeelte van den dikken en van den dunnen darm noodig was. Nederl. Tijdschr. voor geneesk.*, 1899, I, n° 9, p. 364 (*in extenso* [1]).

Mme X..., d'Amsterdam, quarante-sept ans, se présente à moi vers la mi-juillet 1898. Il y a onze mois environ, elle s'aperçut d'une enflure dans le côté droit du ventre; ses forces diminuent en même temps. Depuis trois mois, elle a beaucoup maigri; ces dernières semaines, elle a eu des selles liquides et des vomissements continuels, ce qui a rendu l'alimentation très difficile. La malade, amaigrie, affaiblie, n'a donc plus quitté son lit; elle ne pouvait même y rester assise quelque temps. Le pouls est petit et rapide; l'alimentation est presque nulle, car la plupart des aliments sont rejetés ou se retrouvent intacts dans les selles liquides; il y a 4 ou 5 garde-robes par jour.

A première vue, on remarque dans la région cæcale, une tumeur grosse comme le poing, dure au toucher et un peu douloureuse.

Diagnostic : tumeur de mauvaise nature dans la paroi cæcale. On propose l'opération, comme le seul traitement possible, tout en faisant remar-

1. Nous offrons tous nos remerciements à notre aimable confrère, Mme le Dr Geÿkema (de Java), qui a bien voulu nous aider dans la traduction de cette observation.

quer à la famille, que, vu la grande faiblesse de la malade, il ne faut que très peu compter sur une issue favorable.

Après quelques hésitations, l'offre est acceptée, comme la seule chance de salut, et puisque, selon toute apparence et sans opération, l'existence de la malade ne peut être que fort courte et fort douloureuse.

Opération, le 21 juillet, à l'hôpital des Diaconesses.

En raison de l'état général, le chloroforme paraît trop dangereux; aussi incise-t-on l'abdomen après injection sous-cutanée de 15 milligrammes de morphine, et anesthésie locale à la cocaïne. Asepsie.

Le ventre ouvert, la tumeur peut être facilement amenée dehors. Elle n'occupe pas le cæcum, mais le côlon ascendant, à 7 ou 8 centimètres environ au-dessus du cæcum. Malheureusement, les rapports du néoplasme gâtaient cet avantage; car une anse de l'intestin grêle était intimement soudée à la tumeur et on ne pouvait guère espérer l'en détacher. Je me décide donc à enlever d'abord cette anse; dans ce but, je lie le mésentère avec un gros fil de soie, je refoule le contenu intestinal aussi bien que possible et j'applique deux pinces de chaque côté. L'anse à enlever est liée avec deux fils de soie, puis sectionnée entre ceux-ci et les pinces. Les bouts intestinaux sont ensuite suturés l'un à l'autre par un surjet à la Kocher. Je lie ensuite le mésentère correspondant à la tumeur; une de ses veines saigna quelque peu; j'applique les pinces sur l'intestin et j'enlève le néoplasme. Les bouts du côlon sont réunis à leur tour par un surjet.

Après lavage de la cavité abdominale, qui, autant que je sache, n'avait pas été souillée, la paroi est fermée par un surjet à la soie. L'opération dura deux heures un quart. Les suites opératoires furent très satisfaisantes; cependant, je fis donner une injection camphrée, qu'on répéta toutes les heures, en même temps qu'un peu de champagne et d'eau.

Le lendemain, la malade prend du lait coupé, du bouillon et du café noir. On suspend les injections camphrées. Pouls = 140. Température normale.

Selle le troisième jour. Cependant, la malade vomit de temps en temps. Les vomissements durèrent huit jours, puis disparurent, et l'appétit, pendant si longtemps mauvais, redevient meilleur.

Le dixième jour, on enlève les sutures. La plaie abdominale est guérie.

Durant la deuxième et la troisième semaine, tout alla bien et la convalescence s'opérait régulièrement; le pouls était cependant rapide (120), mais la température ne monta qu'une seul fois, le soir, à 37°,8. Le vingt-troisième jour, le pansement apparaît traversé par des matières liquides : celles-ci semblent sourdre d'une petite ouverture, dans un angle de la plaie, d'ailleurs cicatrisée. Pendant dix jours, l'écoulement continue toujours pareil, mais diminuant journellement d'abondance, puis il s'arrête, pour reparaître encore une fois, au bout d'une semaine, pendant cinq jours; cette suppuration était due, sans doute, aux fils de suture.

Le 13 septembre, la malade quittait l'hôpital des Diaconesses et rentrait chez elle; elle était guérie fin octobre, si l'on en excepte une toute petite fistule. Elle est redevenue forte, ne vomit plus, a bon appétit et peut se promener à pied.

V. V. Tokarenko. — *Sloutchaï izciétchénia sliépoï kichki. Liétopiss rousskoï chirourgii*, 1899, IV, fasc. 3, p. 473 (*in extenso*).

Le 12 octobre 1897, entrait à l'hôpital du district de Kachine, E. P... va, vingt-trois ans, femme de chambre. La malade est issue d'une famille robuste de paysans; pas de tares syphilitiques, tuberculeuses ou néoplasiques chez ses parents les plus proches. Elle est en service à Saint-Pétersbourg; il y a trois ans, elle éprouva, pour la première fois, une douleur sourde dans la moitié inférieure droite de l'abdomen; entre temps, l'appétit disparaissait, les douleurs revenaient périodiquement, sous forme de coliques; la constipation et la diarrhée alternaient; pourtant la malade n'a jamais vu ni sang, ni mucosités dans ses selles.

Jamais de fièvre. La malade continue à travailler, consultant de temps à autre aux cliniques, où on diagnostique, dit-elle, un catarrhe chronique de l'intestin. En 1896, la malade revient dans son pays natal et se met en service à Kachine; tout le temps qui a précédé son entrée à l'hôpital elle s'est sentie très bien, mais, en automne 1897, les douleurs abdominales reparaissent, de plus en plus violentes et fréquentes, et l'obligent à recourir aux médecins.

Malade de constitution médiocre, à systèmes musculaire ou osseux peu développés; muqueuses pâles et, d'une manière générale, anémie prononcée. Les règles, apparues seulement il y a trois ans, ont été peu abondantes et irrégulières; depuis un an, elles sont suspendues. Rien au thorax : pas d'hypertrophies ganglionnaires cervicale, axillaire ou inguinale. Ventre moyennement tendu; limites du foie et de la rate normales; hypochondres non douloureux. La moitié droite de l'abdomen, surtout en bas, est sensible à la pression; dans la fosse iliaque droite, et répondant au cæcum et au côlon ascendant, on délimite une tumeur ferme, grosse comme un poing moyen d'adulte, et comme formée de lobules de grandeur ou de consistance inégales. La tumeur est peu mobile de droite à gauche, mais s'abaisse facilement vers le petit bassin; au palper, on entend du gargouillement et le clapotement d'un liquide. Les touchers vaginal et rectal montrent que la tumeur n'a aucune relation avec les organes pelviens. On la sent facilement par le cul-de-sac vaginal droit, en comprimant la paroi abdominale; abandonnée à elle-même, elle remonte dans la cavité abdominale. La tumeur ne se déplace pas avec les changements de position de la malade; à la percussion, son tympanique assourdi. Température = 37°,7; pouls = 89. Urines normales qualitativement et quantitativement. Avant l'opération, la malade fut observée pendant plus de trois semaines; on s'aperçut ainsi que les dimensions de la tumeur variaient avec la réplétion de l'intestin et que les douleurs de la fosse iliaque droite étaient dues à des coliques. Il suffisait de suspendre les lavements pendant deux ou trois jours, pour que la tumeur augmentât notablement et produisit de nouveau des coliques, disparaissant à leur tour avec des selles liquides. Il n'y eut ni mucosités, ni sang dans les selles; on ne fit pas cependant leur examen microscopique. Tout le temps la température fut élevée et avait les caractères d'une fièvre subaiguë, sans frissons, ni sueurs.

Grâce à une alimentation plus appropriée, la malade reprit quelques forces, et avec des lavements journaliers les coliques disparurent; mais il suffisait que la malade revînt pendant quelques jours à une nourriture plus grossière, ou qu'elle cessât l'usage des lavements, pour souffrir de nouveau comme avant.

Diagnostic : Tuberculose cæcale.

Après la préparation habituelle, anesthésie au chloroforme le 4 novembre. Ouverture de l'abdomen par une incision oblique, de haut en bas, de l'ombilic vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur une longueur de 12 centimètres. Le grand épiploon recouvrait toute la fosse iliaque; il adhérait à sa paroi externe, ainsi qu'au cæcum et au côlon ascendant sous-jacents. Après l'avoir lié par faisceaux, on résèque sa portion adhérente, ce qui met à jour l'extrémité terminale de l'iléon, le cæcum et le côlon ascendant; ces derniers formaient une masse à parois épaissies, fermes, indurées, solidement adhérentes, en arrière, au fascia et aux vaisseaux iliaques. En arrière du cæcum, on sent une glande lymphatique rétropéritonéale indurée, grosse comme un œuf de poule et fortement adhérente au cæcum. En séparant la poche intestinale de cette glande rétropéritonéale, l'intestin se déchire; sa paroi avait en effet disparu et la face antérieure ulcérée de la glande en tenait lieu; celle-ci est en outre intimement soudée aux fascia et vaisseaux iliaques. Après application de deux pinces de Kocher sur les anses afférente et efférente, le tout est réséqué avec une partie de l'intestin sain, un travers de doigt et demi de chaque côté; le mésentère est ensuite coupé au niveau de son insertion à l'intestin. La glande rétropéritonéale, par crainte de blesser le faisceau vasculaire, ne put être enlevée en entier; on enleva sa portion ulcérée et le péritoine fut suturé par-dessus ce qui en restait. On énuclée en outre trois glandes mésentériques. Après ligature des vaisseaux du mésentère et application de quelques sutures sur sa tranche, on approxima les bouts intestinaux, ce qui fut facile, la lumière des deux anses étant à peu près pareille. Entérorrhaphie circulaire en surjet et à deux plans, à la Czerny-Lembert. Après nettoyage du champ opératoire, la plaie est suturée complètement avec un seul plan de sutures profondes, dans l'intervalle desquelles se placent les sutures cutanées. Pansement antiseptique. Durée : trois heures environ. En raison de l'affaiblissement de la malade, on lui fait aussitôt une injection de 200 cc. de solution saline.

Les deux premiers jours, la malade eut des vomissements fréquents, des douleurs épigastriques et du ballonnement abdominal; après un lavement, les vomissements s'arrêtèrent. Au huitième jour, on change le pansement; la ligne de sutures est en bon état; pas de douleurs ni dans la plaie, ni dans le ventre. Première selle au neuvième jour (13 nov.). Le 15, on enlève les sutures; suppuration d'un des points superficiels. Le 20, il se forme une fistule fécale au niveau d'une suture cutanée. Le 12 décembre, la fistule se ferme; la malade se rétablit rapidement et se lève en janvier. Le 18 janvier 1898, *exeat*; la malade a augmenté de poids et reprend son service. Le 27, elle a ses règles, suspendues depuis un an.

Avant sa sortie de l'hôpital, la malade, soigneusement examinée par moi, ne présentait aucune espèce de tumeur abdominale; il n'y avait qu'une légère induration au lieu et place de la cicatrice. Depuis, les selles furent régulières, l'appétit bon; elle reprit de l'embonpoint, malgré son travail pénible, et ne se plaignit de rien. Au milieu d'avril — cinq mois après l'opération —, elle recommence à souffrir dans la partie inférieure droite de l'abdomen; l'appétit et les forces s'en vont; elle est obligée d'abandonner son travail et, le 20 avril, elle rentre à l'hôpital. Dans la moitié inférieure droite de l'abdomen, au niveau et en dedans de la cicatrice, existe une vive sensibilité; en ce point, on sent une masse indurée, sans limites précises. Dans l'hypochondre droit et dans l'épigastre, au-dessus du nombril, existent deux autres nodosités extrêmement douloureuses. Température élevée, sans fièvre, ni frisson; deux ou trois selles liquides par jour, sans mucosités, ni sang; albuminurie très abondante. Rien au cœur, ni aux poumons. Les forces de la malade diminuent chaque jour; le 23 et le 24 mai, au milieu des signes d'une anémie aiguë, surviennent des hémorrhagies intestinales répétées. Mort le 25 mai.

L'autopsie ne put porter que sur l'abdomen. Pas d'ascite; les anses intestinales sont soudées les unes aux autres et au grand épiploon. Le côlon transverse est soudé sur toute son étendue à la paroi abdominale; glandes mésentériques et rétropéritonéales hypertrophiées, dures et ne formant avec les anses intestinales adhérentes qu'une seule tumeur, soudée au foie et à l'estomac. La muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle est ecchymotique; le côlon ascendant, au niveau de la suture et de l'insertion du mésentère, présente une ulcération, grosse comme une pièce de 15 kopecks (0. 60 c.), à bords décollés, et pénétrant jusqu'à la couche musculaire; au fond de l'ulcère se voit l'ouverture d'un vaisseau, cause des hémorragies ayant amené la mort. Ulcération semblable au niveau de l'angle hépatique. Amas de caillots récents dans les dernières parties du gros intestin. Foie et rate anémiés; dégénérescence amyloïde des reins.

La tumeur réséquée avait des parois épaisses, une longueur d'environ 10 centimètres. Du côté interne, existe une ulcération étendue, ayant rétréci la lumière du cæcum, au point de n'admettre qu'à peine le petit doigt. L'appendice et la valvule ont complètement disparu. L'examen microscopique, fait par J. P. Korovinoï, prosecteur de Vinogradovf, montre que la tumeur et le ganglion appartiennent à l'espèce des *lympho-endothéliomes malins*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. [1]

1873. Kolaczek. *Adénome de la région iléo-cæcale* [*abcès lombaire*]. (*Arch. f. klin. Chir.*, VIII, 2, p. 366.) Cité par Lafforgue, th. de Lyon, 1892-1893.

1875. A. Laveran. *Tumeur épithéliale de l'S iliaque,... phlegmon, etc.* (*Progr. méd.*, 4 septembre, n° 36, p. 495.)

1878. Güssenbauer. *Arch. f. klin. Chir.*, 1878, XIII, 1, p. 233, *in* Camus, 1887, Obs. IV.

1878. Schede. *Deutsche Gesellsch. f. Chir.*, p. 126. (*Résect. côlon D.*)

1879. Baum. *Centralb. f. Chir.*, 1879, n° 11, p. 169.

1879. J.-A. Waldström. *Sex fall af tarmförträngning.* (*Upsala läkaref. s förhandl.*, 1878-1879, XIV, p. 506.)

1880. Decker. *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.* (D'après Haussmann, th. de Paris, 1883, p. 92, *laparot. explor.*)

1880. Güssenbauer (Martini). *Zur operativen Behandlung der Carcinome des S Romanum.* (*Zeitschr. f. Heilk.*, I, p. 208.)

1881. Köhler (Fischer). *Darmresektion bei Karcinom des Dickdarms.* Inaug. Dissert. Breslau, 1881, et *Centralb. f. Chir.*, 1881, n° 50, p. 794. Suites éloignées données par Reichel (voir 1884).

1881. H. Kraussold. *Ueber die Krankheiten des Processus vermiformis, des Cæcums, etc.* (*Samml. klin. Vorträge*, n° 191, p. 1725.)

1882. Beger (Thiersch). *Ein Fall von Krebs des Wurmfortsatzes.* (*Berl. klin. Woch.*, n° 41, p. 616.)

1882. Chr. Nicolaysen. *Nordiskt medic. Arkiv.*, XIV, n° 13. [*Résection de l'S iliaque par voie rectale.*]

1883. Maydl. *Ein Beitrag zur Darmchirurgie.* (*Wien. med. Presse*, IV, p. 438.) D'après Matlakowski, 1891, p. 331.

1883. F. Treves. *On resection of portions of intestine.* (*Med. chir. Trans.*, 1883, LXVI, p. 55.)

1883. R. Volkmann. *Centralb. f. Chir.*, n° 10, p. 153.

1883. E. von Wahl. *Einige seltene Zufälle bei der Ovariotomie.* (*Saint-Petersburg. medic. Woch.*, n° 9, p. 69.)

1884. E. Hauer (Billroth). *Darmresektionen und Enterorrhaphien*, 1878-1883. (*Zeitschr. f. Heilk.*, V, p. 83; Obs. I, II, ... p. 101, 104 et 107.)

1884. G.-H. Percival. *Northampton Infirmary: surgical cases. Lancet*, 7 juin, p. 1028.

1884. P. Reichel. *Casuistische Beiträge zur circulären Darmresektion und Darmnaht.* (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, XIX, p. 230.) C'est la suite de l'obs. de Köhler, 1881.

1885. P. Berger. *Bull. Soc. Chir.*, 25 mars 1885, p. 194.

1885. Hofmokl. *Ueber einein Fall von geheilter Darmresektion* (*Wien. med. Presse*, p. 746), d'après Matlakowski, 1891, p. 335.

1885. Sydney Jones. *A case of resection of the large intestine for squirrhous growth.* (*Lancet*, 10 janvier, p. 60.)

1885. Ernest Michel (von Bergmann). Inaug. dissert. Berlin, d'après Matlakowski, 1891, p. 332. Cette thèse, que nous n'avons pu nous procurer, est parfois indiquée comme de 1886 (2 observations).

1885. Schramm. *Arch. f. klin. Chir.*, XXX, p. 685. D'après Camus, 1887, Obs. XIII, p. 72.

1885. Strôm. *Norsk Magaz. f. Lägevidensk.*, XV, p. 75. (*Résect. S iliaq. par le rectum.*)

1885. W. Whitehead. *Excision of the cæcum for epithelioma.* (*Brit. med. J.*, 24 janvier, p. 171.)

1. Cet index ne contient que les observations utilisées pour ce mémoire, c'est-à-dire ayant été l'objet d'un traitement chirurgical quelconque. Les noms entre parenthèses indiquent l'opérateur. Le referat est indiqué pour les cas qui n'ont pu être vérifiés aux sources.

Nous ne prétendons pas qu'il soit complet; en tout cas, quelques observations (Le Dentu, Keen, Julliard), qu'on retrouve dans d'autres monographies, n'y figurent pas, car il s'agissait de *tumeurs inflammatoires.*

1886. A. Broca (Verneuil). *Soc. anat.*, in *Progr. méd.*, 8 janvier 1886, n° 8, p. 159. (*Résect. de l'S iliaque par le rectum.*)

1886. Carrington. *Two cases of double intestinal stricture arising in the walls of the bowel.* (*Trans. of the Path. Soc. of London*, XXXVII, p. 245.) Cité d'après J. Strasburger, *Die Sarkom des Dickdarms.* (Inaug. Dissert., Bonn., 1893-1894, n° 55, p. 13.)

1886. F. Lange. *N. Y. surg. Soc.*, 26 janvier 1886; *in N. Y. med. J.*, 1886, 13 février, p. 199, obs. I, II.

1886. D. Kulenkampf. *Carcinom der Flexur mit Invagination der letzteren in das Rectum.* (*Centrabl. f. Chir.*, 1886, n° 47, p. 817.)

1886. Riedel. *Deut. med. Woch.*, p. 252. D'après af Schultén, 1890, p. 29 (*laparot.-explor.*), et d'après Matlakowski, 1891, p. 336 (*résection côlon A., cæcum, iléon et partie du transverse*).

1887. Bardenheuer. Cité par Camus, 1887, p. 22. Indic. bibliogr. incompréhensible.

1887. Bassini. *Congrès des Sc. de Padoue.* Cité par Artus, 1893, p. 61, obs. XVII.

1887. Camus (Horteloup). *Du traitement radical du cancer du gros intestin par la colectomie et l'entérorrhaphie.* Th. Paris, 1887, n° 230; obs. I, p. 29.

1887. E. Chevalier. *Cancer du côlon ascendant. Corps étranger. Entérotomie.* (*Bull. Soc. anat.*, décembre 1887, p. 831.)

1887. Le Dentu. *Laparo-entérostomie dans un cas d'obstr. intest.* (*Bull. Soc. de Chir.*, p. 301.)

1887. J. Eastman. *A colectomy with new use of Bergeon's method.* (*J. of the amer. med. Assoc.*, 31 décembre, p. 833.)

1887. E. Hahn. *Sarcoma valvulæ ileocæcalis.* (*Berl. klin. Woch.*, n° 25, p. 446.)

1887. Jacobs (Sacré). *Cancer du cæcum, laparatomie, anus anormal.* (*Presse méd. belge*, n° 31, p. 241.)

1887. Kirmisson. (*Bull. Soc. de chir.*, 11 mai 1887, p. 320.) *Deux obs. d'anus artif.*

1887. E. Küster. *Berl. med. Gesellsch.*, 15 juin 1887. (In *Berl. klin. Woch.*, n° 28, p. 517).

1887. E.-V. Pavlovf. *Deux cas de résect. de l'intestin.* (*Congrès des médecins russes*, 7 mai 1887, in *Vratch*, 1887, n° 22, p. 447.)

1887. Reclus. *Bull. Soc. de Chir.*, 11 mai 1887, p. 305. (*Anus artif.*)

1887. Rydygier. *Beitrag zur Behandl. innerer Darmeinklemmungen.* Cité d'après L. Michel, 1890, p. 18.

1887. Terrier. *Soc. de Chir.*, 1er juin. Cité par Compoint, 1898, p. 43 (*Anus artif.*).

1887. Trélat. *Ibid.*, 11 mai, p. 304.

1888. Barton. *Épithélioma de la valvule iléo-cæc.* (*Philad. Rep.*, 12 mai, p. 597; d'après Matlakowski, 1891, p. 339.)

1888. von Bergmann. *Freie Vereinig. der Chirurg. Berlins*, in *Berl. klin. Woch.*, n° 25, p. 512 (*Résect. côlon D*).

1888. Bouilly. *Soc. de Chir.*, 11 juillet 1888, et *Gaz. des Hôp.*, n° 81, p. 752.

1888. Christian Fenger. *Gynæcolog. Soc. of. Chicago*, 29 juin, in *J. of the Amer. med. Assoc.*, 27 oct. 1888, p. 606, obs. I, II.

1888. H. Fischer. *Deut. Gesellsch. f. Chir.*, p. 29. (*Cancer du côlon et de l'estomac.*)

1888. Hofmokl. *Ueber 2 weitere Fälle von Darmresection.* (*Wien. med. Presse*, 1888, n° 11, p. 358.)

1888. W. Meyer. *A successful case of colo-colostomy.* (*Med. Rec.*, 24 nov. 1888, p. 612.)

1888. Penrose. *Report of a case of intest. obstruct. from. epithelioma of the descending colon.* (*Med. News*, 15 décembre. D'après *Centralbl. f. Chir.*, 1889, n° 27, p. 479.)

1888. G.-L. Polk. *Practitionners Soc. of N. Y.*, in *Med. Rec.*, 25 février, p. 225.

1889. R. Abbe. *Complete obstruction of colon, successfully relieved by using Senn's plates.* (*N. Y. med. J.*, 23 mars 1889, p. 314.)

1889. F. Dillner (Stelzner). *Zur Casuistik des widernatürlichen Afters.* (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVIII, 4, p. 771; obs. XX, XXI, XXII.)

1889. Escher. *Compte rendu de la 4e Div. chir. de l'hôp. de Trieste.* Cité par Comte, 1892, p. 267.

1889. Kendal Franks. *Colectomy of the large intestine for malignant disease*

(*Medico-chir. Trans.*, 1889, LXXII. p. 211.) Obs. I, II. (*Suites éloignées*, in *Dubl. J. of med. Sc.*, juin 1893, p. 478, XLV.)

1889. A. Iversen. *Resection S romani.* (*Gynäkologiske og obstetr. Meddelelser.*, VII, p. 165.)

1889. H. Legrand. *Occl. intest., cancer annulaire de l'S iliaque, etc.* (*Bull. Soc. anat.*, juillet, p. 459.)

1889. Pitts. *Discussion des observ. de Kendal Franks*, d'après *Sem. méd.*, n° 18, p. 190.

1889. Schlange (v. Bergmann). *Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, p. 438. Cité par Comte, 1892, p. 267.

1889. E. Staffel. *Ueber Verrengerung und Verschluss am Magen-Darmkanale.* (*Samml. klin. Vorträge*, n° 342, p. 3251; obs. I, II, IV, V, VI.)

1889. E. von Wahl. *Ueber Darmanastomose.* (*Petersburg. med. Woch.*, n° 24, p. 203.)

1890. T. Kocher. *Eine dreifache Darmresektion.* (*Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte*, n° 7, p. 201.)

1890. F. König. *Die Operationen am. Darm bei Geschwülsten mit besonderer Berücksichtigung der Darmresektion.* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1890, XL, p. 911; obs. I, II, III, IV, V, VI, VIII, IX, X, XI.)

1890. Lauenstein. *Deutsche Gesellsch. f. Chir.* et *Centralbl. f. Chir.* (*Beilage*), 1890, n° 25, p. 63.

1890. L. Michel (Rosenberger). *Beitrag zur Casuistik der circulären Darmresektion bei Darmtumören.* (Inaug. Dissert., Würzbourg, 1889-1890, p. 21.)

1890. Nilson. Cité par L. Michel avec l'indicat. suivante (introuvable) : *Hospitalstid.*, R. 3.

1890. Routier. *Bull. Soc. de Chir.*, 7 mai 1890 (*Laparot. explor.*).

1890. N. Senn. *Two cases of resection of the cæcum for carcinoma with remarks on intestinal anastomosis in the ileo-cæcal region.* (*J. of the Amer. med. Assoc.*, 1890, 14 juin, p. 845; obs. I, II.)

1890. Schede. *Aerztlicher Verein zu Hamburg*, 25 février, in *Deut. med. Woch.*, n° 25, p. 554, et *Münch. med. Woch.*, n° 9, p. 173.

1890. W. af Schultén. *Om kräfta i blindtarmen och extirpation af densamma.* (Extrait de *Commentationes variæ in memoriam actorum CCL annorum edidit Universitas Helsingforsiensis.* (Helsingfors, J. C. Frenckell och. son, 1890.)

1890. Thiéry. *Deux observations de cancer du gros intestin avec phlegmon.* (*Bull. Soc. anat.*, janvier, p. 37.)

1891. R. von Baracz. *Ueber 5 Darmresektionen.* (*Arch. f. klin. Chir.*, XLII. 3, p. 493; obs. IV.)

1891. Th. Bryant. *Remarks on ileostomy for organic disease of the cæcum.* (*Lancet*, 3 janvier, p. 1.)

1891. Chaput et Terrillon. *Entéro-anast. en un temps pour un carcinome du cæcum.* (In *Sem. méd.*, n° 40, p. 332. Acad. de Méd.)

1891. Bowreman Jessett. *Remarks on the operation of ileo-colostomy for organic disease of the cæcum.* (*Lancet*, 14 février, p. 358.)

1891. F.-T. Paul. *A method of performing inguinal colotomy, with cases.* (*Brit. med. J.*, 18 juillet, p. 118; obs. II.)

1891. Péan. D'après Artus, 1893; obs. XXVIII, p. 70.

1891. H.-A. Reeves. *Ileostomy and digital dilatation of small intestine.* (*Lancet*, 24 janvier, p. 221.)

1891. P. Thiéry. *Deux cas d'échec de la laparotomie explor.* (*Soc. anat.*, juillet, p. 508.)

1892. Oscar Bloch. *Om extra-abdominal behandling af cancer intestinalis* [*rectum derfra medtaget*]. (*Nord. med. Arkiv.*, 1892, II; obs. III, IV, p. 636.)

1892. J.-R. Comte. *Diagn. et traitement de l'occlusion intest.* (*Revue méd. de la Suisse rom.*, 1892, n° 4, p. 270, 285.)

1892. E. Doyen. *Contrib. à l'étude de la chir. de l'estomac et de l'intestin.* (*Arch. prov. de Chir.*, n° 1, p. 53.)

1892. R. Frank. *Einige Darmoperationen mit Bemerkungen über die Darmnaht.* (*Wien. klin. Woch.*, n° 27, p. 390; obs. III.)

1892. F.-H. Gross. *A case of scirrhus of the colon.* (*Philadelph. med. Times*, 28 novembre, p. 161.)

1892. F. Hartley. *Resection of intestine for carcinoma and double intussusception.* (*N. Y. surg. Soc.*, 25 mai, in *N. Y. med. J.*, 10 septembre 1892, p. 302.)

1892. W. Littlewood. *Ileosigmoidostomy* (*Senn's plates*) *for carcinoma of the hepatic flexure.* (*Lancet*, 16 avril.)

1892. Mac Cormac. *Excision of the ileocæcal valve for carcinoma.* (*Lancet*, 6 février, p. 310)

1892. W. Matlakowski. *Ueber die Resektion des Blinddarmes bei carcinomatöser und narbiger Stenose.* (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, XXXIII, *Heft* 4-5, p. 343; obs. I et II.)

1892. Nicolaysen. Obs. inéd. citée par O. Bloch, 1892.

1892. J. Quintar (Braun). *Operative Behandlung der Carcinome des Dickdarmes, mit besonderer Berücksichtigung der Darmresektion.* (Inaug. Dissert., Königsberg, 1892; obs. I, II, III.)

1892. F. Salzer[1] (Billroth). *Beiträge zur Pathol. und chirurg. Therapie chronischer Cæcumerkrankungen.* (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIII, Heft 1, p. 100; obs. I, III, IV, VI-X, VII, VIII, XI, XIV, XIX, XXI, XXIII.)

L'observation VI-X (qui n'en forme qu'une) a été publiée *in extenso* par von Hacker (*Ueber die Bedeutung der Anastomosenbildung am Darm für die operative Behandlung der Verengerungen derselben*, in *Wien. klin. Woch.*, 1888, n°s 17 et 18).

1892. Senn. Cité par Comte, 1892, p. 282.

1892. W. Thomson. *Some cases of enterotomy.* (*Dublin J. of the med. Sc.*, XLIII, p. 118; obs. I, III.)

1893. H. Allingham. *Intestinal obstruction..., colotomy..., removal of malignant growth, etc.* (*Trans. of the Clin. Soc. of London*, 1893, XXVI, p. 140.)

1893, M. Artus (Th. Anger). *Contribution à l'étude clinique du cancer du cæcum.* (Th. Paris, 1893-1894, n° 331; obs. XXXIII.)

1893. J.-M. Barton. *Enterectomy for obstructive epithelioma of the ileocæcal valve.* (*Med. Times and Register*, 10 juin 1893, p. 501.)

1893. A. Boiffin. *Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin.* (*Rev. de Chir.*, 1893, n° 11, p. 929.)

1893. F. Dumont. *Ein Fall von Resektion des Cæcum u. Côlon ascendens. Ein Beitrag zur Darmchirurgie.* (*Corresp. Bl. für Schw. Aerzte*, 1893, n° 15.)

1893. W. Edmunds. *Two cases of excision of malignant growth from great intestine.* (*Trans. of the Clin. soc. of London*, XXVII, 1894, p. 6; obs. I, II.) Les suites éloignées dans les *Transact.* de 1897, XXX, p. 111.

1893. R. Frank. *Casuistische Mittheilungen.* (*Internat. klin. Rundschau*, n° 25 et n° 27, p. 1006 [2 observations]).

1893. Hastings Gilford. *Sarcoma surrounding a concretion in the vermiform appendix. Excision of cæcum. Recovery.* (*Lancet* 29 juillet 1893, p. 241.)

1893. G. Göpper. *Ueber die in den Jahren, 1887-1892, in der Greifswalder Klinik ausgeführten Colotomien.* (Th. de Greifswald, 1892-1893; obs. IV, VIII.)

1893. Haasler. *Ueber Darmresectionen.* (*Deut. Gesellsch. f. Chir.*, XLVI, p. 285.)

1893. J. Kosinski. *31 Resekcyi Kyszek. Medycyna*, n°s 34 et 35, p. 679 et 682.

1893. F. Lange. *Cancer of the sigmoid flexure; excision with colostomy.* (*Trans. of the N. Y. Surg. Soc.*, 23 novembre 1892, in *Ann. of Surgery*, 1893, XVII, p. 61.)

1893. D. Lowson. *Resection of the cæcum, greater part of ascending colon and five inches of ileum for malignant disease of ascending colon.* (*Lancet*, 23 mars 1893, p. 618.) Suites opératoires données par Rolleston et M. Shield. (*Trans. of the clin. Soc. of London*, 1897, XXX, p. 95.)

1893. Rutherford Morison. *A successful case of ileo-colostomy.* (*Brit. med. J.*, 22 avril, p. 841.) D'après Diet, 1895, p. 112.

1893. A. Reverdin. *Epithélioma du gros intestin. Résect. Guérison.* (*Arch. prov. de Chir.*, janvier, n° 1, p. 25.)

1. Dans ce mémoire sont condensées les diverses observations *in extenso* de Billroth, qui ont été souvent publiées ailleurs. Des statistiques ont paru depuis, mais sans observations détaillées, à notre connaissance.

1893. W. Rindfleisch (Czerny[1]). *Ueber die an der Heidelberger chirurg. Klinik ausgeführten Operationen am Magen u. Darm. Beitr. z. klin. Chir.*, IX, Heft, 3, p. 661; obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X. Suites éloignées données dans Schiller, 1896.

1893. L.-A. Stimson. *Latero-intest. anastom. for neoplasm* (*Surg. Soc. N. Y.*, 11 octobre, et *Ann. of Surgery*, 1893, XVIII, p. 664.)

1893. H.-P. Symonds. *A case of intussusception of a malignant growth of the large intestine.* (*Brit. med. J.*, 25 mars 1893, p. 638.)

1893. Tchouprov. *Chirourgitcheskaïa Liétopiss*, 1893, III, 6; d'après Chavannaz, 1894, p. 73; obs. VII.

1893. F. Treves. *A case of removal of a portion of the sigmoïd flexure.* (*Lancet*, 11 mars, p. 521.)

1893. H.-A. Veliaminovf. *Congrès des médecins russes*, 31 décembre. (In *Vratch*, 1894, n° 8, p. 246.)

1893. Wolff (Körte). *Ueber Geschwülste der Ileocæcalgegend.* (Inaug. Dissert., Berlin.) Suites éloignées dans l'obs. I du mémoire de Körte (1895).

1894. E. Becker. *Ueber Darmresektionen* (*Trendelenburg*), V, XI, XXIII, XXVIII, XXXII, XXXVI.

1894. O. Bloch. *Extra-abdom. resektion af hele Colon ascend. og et stykke af colon transv. for Cancer.* (*Hospitalstid.*, 24 octobre, II, p. 1053.)

1894. Chavannaz (Desmons). *Sur la cure radicale du cancer du gros intestin (rectum excepté).* Th. Bordeaux, 1894-1895, n° 21; 2 obs., p. 54 et 56.

1894. Comte. *Revue méd. de la Suisse rom.*, XIV, p. 334.

1894. J.-W. Elliott. *Intestin. anast.* (*Senn's plates*) *for cancerous obstruction.* (*Boston med. and surg. J.*, 22 mars, p. 285.)

1894. Gratien (Boiffin). *De l'infl. curative de la laparot.* (Thèse de Paris, 1893-1894, n° 265, p. 47.)

1894. E. Hahn. *Berlin. med. Gesellsch.*, 14 février, in *Berl. klin. Woch.*, 1894, n° 11, p. 276.

1894. W. Horrocks. *Excision of intestine for malignant disease : circular enterorraphy by Paul's method.* (*Brit. med. J.*, 3 février 1894.)

1894. H.-J. Ilott. *Case of excision of the cæcum for malignant growth* [*Senn's plates*]. (*Lancet*, 3 mars 1894, p. 538.) Suites éloignées données par Rolleston et M. Shield (*Trans. of the clin. Soc. of London*, XXX, p. 95, 1897.)

1894. Israël. *Berl. klin. Woch.*, n° 11, p. 275. Les suites éloignées de cette résection sont données à la *Berl. med. Gesellsch.*, le 23 janvier 1895, in *Berl. kl. Woch.*, 1895, n° 5.

1894. Littlewood. *A case of malignant disease of the ascending colon... Colectomy, etc.* (*Lancet*, 13 octobre, p. 853.)

1894. W. Meyer. *Murphy's Knopf in der Chirurgie des Magen-Darmkanales und der Gallenblase.* (*Centralbl. f. Chir.*, 1894, n° 37, p. 866; obs. II.)

1894. Nimier (Billet, Heudelet). *Occlusion intestinale.* (*Arch. de méd. et de ph. militaires*, XXIII, n° 2, p. 154; obs. XIII, XIV.)

1894. A. Obalinsky. *Ueber Laparotomie bei innerem Darmverschlusse auf Grund eigener 110 Fälle.* (*Arch. f. klin. Chir.*, XLVIII ; Heft, 1, p. 22; obs. L, LI, LIII, LIV. LIX, LX.)

1894. A. Plettner. *Darmresektion und Verwendung des Murphy-Knopfes.* (*Centralbl. f. Chir.*, n° 52, p. 1285.)

1894. C. Studsgaard. *Nogle Tillfällde af Tarmresektion.* (*Nord. med. Arkiv.*, n° 6, p. 5 et seq.; obs. *f* et *g*.)

1895. Adam. *Cancer du cæcum.* (*Trib. méd.*, 1895, n° 23, p. 451.) [Laparot. explor.].

1895. A.-G. Barrs et Mayo Robson. *Intest. anast. by the Murphy-button.* (*Lancet*, 15 juin, p. 1513.)

1895. A. Bier. *Ueber circuläre Darmnaht.* (*Arch. f. klin. Chir.*, XLIX, 3, p. 739; obs. XII, XIII.)

1. Les observations de Czerny, comme celles de Billroth, ont été publiées plusieurs fois. Mais nous croyons que les mémoires de Rindfleisch et de Schiller (1896) les contiennent toutes.

1895. A. Brenner. *Zur Anwendung des Murphy'schen Knopfes bei Darmresektionen.* (*Wien. klin. Woch.*, n° 44 et n° 45; obs. III, V.)

1895. F.-M. Caird. *On resection and suture of the intestine.* (*Edinburgh med. J.*, octobre 1895, p. 311; obs. X, XI, XII.) Suites éloignées données à la partie inédite du présent travail.

1895. Chaput. *Un nouveau bouton anastomatique.* (*Bull. Soc. de Chir.*, 11 décembre, p. 746; obs. III.)

1895. W. Watson Cheyne, observation rapportée par F. Holme Wiggin : *The technic of Maunsell's method of intestinal anastomosis.* (*N. Y. med. J.*, 14 décembre, p. 741.)

1895. E. Crespin (Bazy). *De l'évolution lente du cancer du gros intestin.* (Th. de Paris, 1894-1895, n° 94; obs. XII, p. 19.)

1895. E. Diet (Boiffin). *De l'entéro-anast. dans les rétrécissements de l'intestin.* (Th. de Paris, 1894-1895, n° 154; 2 obs.)

1895. Björn Floderus (Lennander). *Rapport öfver operationer, etc.* (*Upsala läkaref. s förhandl.*, 1894-1895, 7-8, p. 465.)

1895. G.-G. Hamilton. *Carcinomatous stricture of transverse colon; successful end-to-end approximation by Murphy's button.* (*Brit. med. J.*, 23 février 1895.)

1895. J. Hochenegg. *Chirurgische Eingriffe bei Blinddarmerkrankungen.* (*Wien, klin. Woch.*, n° 18, p. 329; obs. I et II.)

1895. W. Körte. *Zur chirur. Behandlung der Geschwülste der Ileocæcalgegend.* (*Deut. Zeitschr. f. Chir.*, XL, 5-6, p. 523; obs. V, VI, VIII, XIV.)

1895. Lavisé. *Soc. belge de Chir.* (laparot. explor.).

1895. Löbker. *Deut. Gesellsch. f. Chir.*, 1895, I, p. 113 (laparot. expl.).

1895. H. Morris. *Malignant disease of the cæcum simulating moveable kidney.* (*Lancet*, 27 avril, p. 1047.)

1895. Ch.-A. Morton. *Intest. obstruct. due to malignant growth [Murphy's button; anastom.].* (*Brit. med. J.*, 20 avril, p. 859; suites éloignées, *ibid.*, 19 octobre, p. 962.)

1895. Edm. Owen. *Obscure renal. symptoms : cancer of ascending colon, etc.* (*Lancet*, 27 avril, p. 1054.)

1895. F.-T. Paul. *Colectomy.* (*Brit. med. J.*, 25 mai, p. 1136; obs. I, II, III, IV.)

1895. Mayo Robson. *A series of cases of colectomy.* (*Brit. med. J.*, 19 octobre, p. 963; obs. I. II, III.)

1895. W. Rose. *Enterectomy for carcinoma of the transvérse colon, by Maunsell's method.* (*Practitionner*, LV, p. 130.)

1895. Roux. In *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1895, XV, p. 284.

1895. G. Rubenthaler. *Essai sur le diagnostic du cancer de l'intestin.* (Thèse de Lyon, 1894-1895, n° 1095; obs. VI.) [Laparot. expl.].

1895. P. Ruepp. *Ueber das Darmkrebs mit Ausschlusse des Mastdarmkrebses.* (Clinique du Prof. Krönlein). (Inaug. Dissert., Zürich; obs. II, III, IV, VI, VII, IX, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XX.)

1895. Sargnon. *Note sur un cas de cancer du cæcum traité par l'entéro-anast. par implant.* (*Lyon méd.*, 4 août, LXXIX, p. 453.)

1895. Tillmann. *Deut. med. Woch.*, 1895. n° 49. D'après André, 1897, p. 31.

1895. E. Ullmann. *Zur Technik der Darmnath.* (*Centralbl. f. Chir.*, n° 2, p. 33; 2 obs.)

1896. G.-L. Defaux (Folet). *Contribution à l'étude de la laparotomie exploratrice.* (Thèse de Lille, 1895-1896, n° 154; obs. XV, p. 87.)

1896. Bon A. von Eiselsberg. *Weitere Beiträge zur Kasuistik der Darmausschaltung.* (*Wien. klin. Woch.*, n° 12, p. 201; obs. I, III.)

1896. Finet. *De la valeur curative ou palliative de l'exérèse dans le cancer du rectum.* (Thèse, Paris, 1895-1896, n° 541; obs. 357, Chaput; 358, Bazy.)

1896. J. Friole. *Om eliminatio intestini med. Obalinsky's footstand.* (*Mediz. Rev.*, décembre 1895, d'après Obalinsky, *Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 34, p. 812.)

1896. H. Graff (Schede). *Der Murphy'sche Knopf und seine Anwendung.* (*Arch. f. klin. Chir.*, 1896, LII, p. 251; obs. XV, XVI, XVIII, XIX, XX.)

1896. J. Homans. *Report of a case of sarcoma of the cæcum.* (*Ann. of Surgery*, July, XXIV, p. 42.)

1896. L. Heidenhain (Helferich). *Ein Fall von innerer Einklemmung mit Achsendrehung des Darmes nach Dickdarmresection wegen Carcinoma Cæci.* (*Centralbl. f. Chir.*, n° 49, p. 1153.)

1896. J. Israël. *Berl. klin. Woch.*, n° 17, p. 376. (Cancer de l'S iliaque secondaire à un cancer de l'ovaire.)

1896. C.-B. Keetley. *Two cases of intestinal resection for cancer and one case of intestinal exclusion.* (*Lancet*, 25 juillet, p. 229; obs. II, III.)

1896. P.-J. Postnikovf. *Entéro-anast. latéro-latérale.* (*Meditzinskoïe Obodzriénié*, n° 15, p. 191.)

1896. A. Schiller (Czerny). *Ueber die Darmoperationen an der Heidelberger. chirurg. Klinik, aus den letzten 4 Jahren.* (*Beitr. z. klin. Chir.*, XVII, 3, p. 602; obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XVII, XXV, XXVII.)

1896. T.-W. Wikerhauser. *Trois laparot. chez une même malade pour sarcome des annexes.* (*Liecnicki Viestnik*, 1896, n° 3, in *Centralbl. f. Chir.*, n° 25. p. 712.)

1896. H. Verneuil. *Cancer de l'S iliaque.* (*Ann. de la Soc. belge de Chir.*, p. 193.)

1897. André (Reboul). *De l'infl. palliative et curative de la laparotomie, etc.* (Th. Montpellier, 1896-1897, n° 7, p. 24. *Laparot. explor.*)

1897. Angelesco. *Retrécissement annulaire du côlon descendant (cancer)... Os d'oiseau, etc.* (*Bull. Soc. anat.*, mars, p. 241.)

1897. Bazy. *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 6 octobre, p. 590 (*Anus artif.*).

1897. R. Belin. *J. de méd. de Paris*, p. 97. Cité d'après Lardennois, 1899, p. 159.

1897. W. Binaud et Legros. *Cancer de l'S iliaque (anus artif.).* (*J. de médecine de Bordeaux*, n° 33, p. 409.)

1897. Ch.-K. Briddon. *Cases of gastro-intest. surgery.* (*Med. and surg. Rep. of the Presbyterian Hosp. N. Y.*, 1897, II, p. 91. D'après *Rev. de Gynéc. et chir. abdom.*, 1897, III, p. 747; obs. III.)

1897. A. Broca. *Bull. Soc. Chir.*, 10 novembre 1897 (*anus artif.*).

1897. Harrison Cripps. *Thre cases of intestinal anastomosis.* (*Brit. med. J.*, 27 mars, p. 777.)

1897. Djémil-Pacha. *Résection du côlon transv. pour un sarcome de l'épiploon et du côlon transv., développé autour d'une ligature perdue à la soie.* (*Congrès international de Moscou*, 1897.)

1897. Bᵒᵐ A. von Eiselsberg. *Zur Casuistik der Resectionen und Entero-anast. am Magen-und Darmcanale.* (*Arch. f. klin. Chir.*, LIV, p. 568; obs. IV, V, VI, VII.)

1897. R. Frank. *Einige Erfahrungen über die Anwendung des Murphy-Knopfes.* (*Wien. klin. Woch.*, n° 39, p. 858; obs. VI.)

1897. M. Gangolphe. *Des phlegmons abdominaux consec. aux tumeurs de l'intestin.* (*Lyon méd.*, 3 octobre 1897, LXXXVI, p. 129; 3 observ.)

1897. J.-H. Glass. *Cas heureux d'entérorraphie par le bouton de Murphy.* (*N. Y. med. J.*, 1ᵉʳ mai 1897.) D'après le *Vratch*, 1897, n° 23, p. 656.

1897. U. Guinard. *Cancer de l'angle gauche du côlon. Résection. Guérison.* (*Bull. Soc. anat.*, décembre 1897, p. 928.)

1897. E. Hahn. *Ueber einige Erfahrungen auf dem Gebiete der Magen-Darmchirurgie.* (*Deut. med. Woch.*, n° 42, p. 672; obs. III, IV, V, VI.)

1897. J. Heberlein (Helferich). *Operation eines Colon-carcinoms mit partieller Leberresection, etc.* (Inaug.-Diss. Greifswald, 1896-1897.)

1897. J. Hochenegg. *Ueber eine neue typische Form des acuten Darmverschlusses* [*Combination-Ileus*]. (*Wien. klin. Woch.*, 23 décembre 1897, p. 1117; obs. I, II, IV.)

1897. Julliard. *Trois cas d'extirpat. du cæcum.* (*Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1897, XVII, p. 386; obs. II.)

1897. Körte. *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, 1897. (*Centralbl. f. Chir.*, 1898, n° 10, p. 282.)

1897. H. Küttner. *Demonstration eines Preparates von vielfachen carcinomatösen Stricturen.* (*Congrès all. de Chir.*, in *Centralbl. f. Chir.*, Beilage, p. 113.). [*Laparot. explor.*].

1897. S. Lehmann. *Ueber 45 Fälle von Colostomie an der Czerny'schen Klinik*, 1885-1895. (*Beiträge z. kl. Chir.*, XVII, 3, p. 330; obs. IX, XXVI, XXXI.)

1897. F. Lejars. *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du cæcum, com-*

pliquées d'invagination iléo-côlique. (*Rev. de gynéc. et chir. abd.*, 1897, n°6, p. 1029.)

1897. F. Marsh. *Midland med. Soc.*, 3 mars, in *Lancet*, 27 mars 1897. (*Résect. S iliaque.*)

1897. J. Palleroni (Tansini). *Sur un cas d'extirpation du cæcum pour cancer.* (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1897, n° 47, p. 556.)

1897. A.-M. Pétroff. *Contribution à l'iléo-colorrhaphie en bourse, appliquée à deux cas de cancer du gros intestin et à un troisième cas de cancer de l'intestin grêle et du cæcum à la fois.* (*Congrès international de Moscou*, 1897.)

1897. M. Rafin. *Cancer du cæcum, résection, etc.* (*Lyon méd.*, 8 août, n° 32, p. 513, LXXXV.)

1897. H.-D. Rolleston et A. Marmaduke Shield. *A case of excision of the cæcum.* (*Trans. of the Clin. Soc. of London*, 1897, XXX, p. 88.)

1897. A. Routier. *De l'occlusion intestinale aiguë.* (*Presse méd.*, n° 26, p. 153.)

1897. Seefisch (Hahn). *Resection der flexura coli dextra wegen Carcinoms.* (*Centralbl. f. Chir.*, n° 46, p. 1209.)

1897. F. Storchi. *Resezione della valvola ileo-cæcale per adeno-carcinoma.* (*Morgagni*, 1897, I, p. 288; obs. I, II.)

1897. Tcherniadovsky (Bornhaupt). *Hôp. milit. de Kiew.* (In *Vratch*, 1897, n° 27, p. 776; obs. II.) [*Résect. cancer cæcal.*]

1897. Vautrin. *Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin* [*rectum excepté*]. (*Congrès de Chir.*, 22 octobre, p. 444 et 454.)

1898. H.-M. Benissovitch. *Un cas de cancer de l'S iliaque. Extirpation. Entéro-anastomose à l'aide de plaques de pomme de terre.* (*Vratch*, 1898, n° 4, p. 102.)

1898. J. Bœckel. *Tumeurs du gros intestin et résection intestinale.* (*Ac. de Méd.*, 18 octobre 1898, p. 294; obs. II, III.)

1898. J. Borelius. *Om Murphy's knapp i 16 fall. Hygiea*, LXVI, p. 305; obs. XI.

1898. H. Compoint (Nélaton). *Contrib. à l'étude des occlusions intestinales chroniques et de leur traitement par l'anus contre nature.* (Th. Paris, 1897-1898, n° 77; obs. III, X, XV.)

1898. Darling. In *Presse méd.*, 1898, n° 16, p. 80 (annexes) : 2 observ. (*Soc. méd. du Midland.*)

1898. E.-P. Frantzke (Vassilievf). *Résection du cæcum pour cancer.* (*Liétop. rousskoï kirourgii*, III, fasc. 2, p. 280; obs. I, II, III.)

1898. G. Goutcharoff. *Résection d'un côlon cancéreux.* (*Soc. de chirurg. de Pirogoff*, in *Presse méd.*, 28 mai 1898, n° 45, p. 206, annexes.)

1898. Hüttl. *Résect. du cæcum.* (In *Berl. klin. Woch.*, n° 50, p. 1119.)

1898. G.-H. Hume. *A series of vases treated by lateral anastomosis, etc.* (*Lancet*, 10 septembre, p. 684; obs. I, III, IV, V.)

1898. A. Jacomet. *Ulcération et perforation de l'appendice au cours d'une occlusion chronique.* (*Bull. Soc. anat.*, avril, p. 276.)

1898. E. Kummer. *Extirpation du côlon A. pour cancer. Iléo-colostomie, puis exclusion du cæcum.* (*Rev. méd. Suisse rom.*, XVIII, p. 264.)

1898. Laubie et Carles. *Epithélioma de l'intestin; double entérorraphie.* (*J. de méd. de Bordeaux*, n° 4, p. 46.)

1898. R. Lawford Knaggs. *A case in which the cæcum and the ascending and transverse colon were removed for malignant disease. Recovery.* (*Lancet*, 16 avril, p. 1042.)

1898. Lilienthal. *N. Y. Chir. Soc.*, in *Ann. of Surgery*, mai 1898. D'après le *Vratch*, 1898, n° 49, p. 1448.

1898. Leonte. *Activitatea operatorie a serviciului, etc.* (*Spitalul*, n° 7, p. 173.)

1898. D. Mac-Ewan. *Case of colectomy for cancer of hepatic flexure.* (*Scott. med. and surg. J.*, janvier, n° 1, p. 1.)

1898. Mauclaire et Macaigne. *Epithélioma de l'S iliaque avec diverticule étranglant la tumeur.* (*Bull. Soc. anat.*, p. 598.)

1898. R. Sorel et M. Chérot. *Un cas de pseudo-hermaphrodisme.* (*Arch. prov. de Chir.*, 1898, n° 6, p. 367.) [*Cancer du cæcum et abcès.*]

1898. F. Smoler (Güssenbauer). *Zur Kentniss der primären Darmsarkom.* (*Prag. med. Woch.*, 1898, n° 13, p. 145; obs. V.)

1898. P. Steffens (Kümmel). *Ueber mehrfache Laparotomien an denselben-Personen.* (*Beitr. z. klin. Chir.*, XXIII, 2, p. 302; obs. XII, p. 336.)

1898. Storp. *Beitrag zur Anwendung des Murphy-Knopfes.* (In *Centralbl f. Chir.* (Beilage), n° 26, p. 129.) [Congrès all. de Chir.]

1898. Tédenat. *Congrès de Chir.*, 1898; d'après J. Albigès. *Essai sur le cancer du gros intestin.* (Th. Montpellier, 1898-1899, n° 86, p. 27.)

1898. F. Treves. *On some rudiments of intestinal surgery.* (*Lancet*, 5 novembre, p. 1181.)

1898. Tuffier et Dumont. *Des fistules intestino-vésicales chez la femme.* (*Rev. de gynécol. et chir. abd.*, n° 3, p. 441; obs. II.)

1898. J. Tuttle. *Resect. of sigmoïd flexure for carcinoma.* (*N. Y. Ac. of Med.*, in *Med. Rec.*, 5 mars, p. 347.)

1898. Verdelet. *Cancer de l'intestin.* (*J. de méd. de Bordeaux*, n° 19, p. 222, et *Soc. anat. et phys. de Bordeaux*, p. 115.)

1899. C. Bacaloglu et Pagnez. *Occl. intest. causée par un cancer de la valvule iléo-cæcale.* (*Soc. anat.*, janvier, p. 66.)

1899. Battle. *Soc. harv. de Londres.* (In *Presse méd.*, n° 40, p. 199, annexes; obs. I, II.)

1899. C. Brunner. *Ein Beitrag zur Chirurg. u. patholog. Anat. der Darminvagination.* (*Beitr. zur klin. Chir.*, XXV, 2. [D'après le *Centralbl. f. Chir.*, 1900; obs. I.]

1899. B. Carlson. *Tre fall af resektion à groftarmen för krāfta.* (*Hygiea*, LXI, août, p. 29; obs. I, II, III.)

1899. Axel Cedercreutz. *Ett fall af scirrhus valvulæ Bauhini.* (*Finska läkaresällsk. handl.*, XLI, p. 732.)

1899. H. Cordua. *Zur Vorlagerung des widernatürlichen Afters.* (*Deut. med. Woch.*, n° 2, p. 26.)

1899. Frank. *K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 26 mai 1899, in *Wien. klin. Woch.*, n°s 21, 22, 24, 25.

1899. F. König. *Zur Bauchirurgie.* (*Berl. klin. Woch.*, n° 11, p. 238; obs. I et II.) Donne les suites éloignées d'un opéré de 1890, obs. VI.

1899. Körte. *Freie Vereinig. der Chirurg. Berlins*, in *Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 51, p. 1357.

1899. J. van der Hœven. *Mededeeling van een geval waarbij gelijktijdige wegneming van een gedeelte van den dikken en van den dunnen darm noodig was.* (*Nederl. Tijdschr. voor geneesk.*, n° 9, p. 364.)

1899. T. Jonescu. *Societatea de Chirurgie de Bucharest*, in *Spitalul*, 1899, n° 5, p. 118, et n° 2, p. 44.

1899. H. Lardennois. *Traitement chirurgical du cancer du gros intestin.* (Th. de Paris, 1898-1899; obs. I, II, III, XXXVIII, Delaunay.) Les suites éloignées de cette dernière sont données par Delaunay au Congrès fr. de Chirurgie de 1899. Le même et Aguinet. *Bull. Soc. anat.*, 1899, p. 377.

1899. G. Luys (P. Berger). *Perforation du côlon ascendant au cours d'une occlusion intest. pour cancer de l'S iliaq.* (*Bull. Soc. anat.*, juin, p. 585.)

1899. L. Pellier (Monprofit). *Le traitement du cancer du gros intestin par la résection suivie d'anast. latéro-latérale.* (*Anjou méd.*, 1899, n° 5 *bis*, p. 90; idem, Th. de Paris, 1898-1899.)

1899. A. Pollosson. *Lyon méd.*, 16 avril, p. 558. D'après E. Lacrosaz, *Cancer de l'intestin avec anastomoses spontanées entre trois anses.* (Th. de Lyon, 1898-1899, n° 154, p. 33.)

1899. Rémy et J. Bouvet. *Epithélioma cylindrique de l'S iliaque, etc. Corps étranger.* (*Soc. anat.*, 7 avril, p. 344.)

1899. Schwyzer. *Extirpation du côlon transverse et d'une partie du pancréas et de l'estomac.* (*Saint-Paul med. J.*, mars 1899, in *Vratch*, 1899, n° 14, p. 415.)

1899. V.-V. Tokarenko. *Un cas de résection du cæcum.* (*Liétopiss rousskoï kirourgii*, IV, fasc. 3, p. 473.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Du 3 octobre au 14 novembre 1900.

M. Latouche (d'Autun). — *Lipome du mésentère; laparotomie; guérison.*

Une femme de cinquante-trois ans se présente avec une tumeur abdominale considérable, à développement rapide, siégeant dans la partie droite du ventre et s'accompagnant de phénomènes digestifs. Le diagnostic en était assez difficile; on avait pensé tout d'abord à un kyste de l'ovaire, puis on s'était arrêté à l'idée d'un sarcome kystique du mésentère. L'opération montre qu'il s'agissait d'un énorme lipome du mésentère, pesant 6 kilos 500, facilement énucléable dans tous ses points, sauf au niveau du foie, où il adhérait assez fortement et où sa séparation donna lieu à un écoulement sanguin assez abondant. Un tamponnement parvint néanmoins à l'arrêter. Le malade guérit sans incident.

M. Pluyette (de Marseille). — *Deux observations de calculs uréthraux et péri-uréthraux.*

Rapport de M. Guinard.

I. Un homme de vingt ans se présente avec une tuméfaction de la verge, siégeant au niveau de l'angle scroto-pénien. A son centre elle présente une ouverture, à travers laquelle on aperçoit un calcul. Une petite incision permit d'énucléer ce calcul, et l'on vit alors une poche assez volumineuse, tapissée de muqueuse et communiquant avec le canal uréthral par un orifice elliptique de deux centimètres de long. On excise cette muqueuse, et l'on fait une suture à étages. Le malade guérit avec une petite fistule. L'examen histologique de la muqueuse montra qu'il s'agissait d'un épithélium pavimenteux stratifié. Le calcul s'était donc développé dans une poche uréthrale.

II. Dans la seconde observation il s'agit d'un calcul intra-uréthral classique, remarquable par son volume, puisqu'il pesait 16 gr. 3, et qui fut extrait par uréthrotomie externe.

M. Sierra (de Santiago-du-Chili). — *Calculs du cholédoque et de la vésicule biliaire; cholédochotomie et cholécystectomie; guérison.*

Rapport de M. Lejars.

Une femme de trente-quatre ans, sujette à des crises hépatiques fréquentes, entre à l'hôpital avec un ictère persistant, qui ne laissait aucun

doute sur le diagnostic de calculs biliaires avec obstruction du cholédoque. La laparotomie médiane montre une petite vésicule bourrée de calculs, et le doigt constate un gros calcul dans le cholédoque. M. Sierra fit d'abord l'ablation de la vésicule, mit une ligature sur le canal cystique, puis incisa le cholédoque pour extraire le calcul, et reconstitua les parois à l'aide de sutures. Drainage qui est enlevé au bout de quarante-huit heures. Guérison par première intention.

Le Rapporteur ne pense pas que l'ablation préalable de la vésicule puisse être tenue pour la pratique la plus sûre et la plus simple. Il lui semble préférable d'ouvrir et de vider d'abord la vésicule, puis de poursuivre l'incision le long du canal cystique jusqu'au cholédoque. On parvient ainsi, par l'expression de bas en haut, à faire remonter les concrétions et à les extraire, sans intéresser sur une trop grande longueur la paroi même du cholédoque.

En ce qui concerne la suture du cholédoque, M. Lejars pense qu'elle est loin d'être toujours exécutable. Parfois on est obligé d'opérer à une profondeur telle qu'il est impossible de rien voir; ailleurs la paroi du canal est si friable que tous les fils coupent. En dehors même de ces difficultés, il n'est pas commun qu'on obtienne une réunion immédiate complète. Aussi est-il difficile de poser des règles fixes; les difficultés cliniques et les possibilités opératoires sont tellement variables qu'on ne peut préconiser une méthode unique.

M. Michaux ne croit pas à l'utilité de la cholécystotomie concomitante de la cholédochotomie; il n'y a pas ordinairement recours, parce qu'il a eu affaire le plus souvent à de gros calculs qui n'auraient pas pu passer par le canal cystique et sortir par la vésicule ouverte. L'ouverture de la vésicule a l'inconvénient de faciliter l'épanchement de bile dans le ventre, et M. Michaux préfère enlever la vésicule en totalité sans l'ouvrir. Sa technique est la suivante : après avoir détaché la vésicule, il s'en sert pour attirer aisément le cholédoque, qu'il incise alors facilement sur le calcul. Cela fait, il pratique la cholécystectomie. Quant à la suture du cholédoque, il la fait toutes les fois qu'elle est possible.

M. Routier commence également par libérer la vésicule; puis il l'incise, le vide, le lave et s'en sert pour attirer le cholédoque qu'il incise sur le calcul. Il n'essaie jamais de faire la suture de ce dernier, et ses malades guérissent très bien.

M. Schwartz croit la cholécystectomie bonne après l'ablation du calcul, à condition toutefois qu'il ne se soit pas formé autour de lui des foyers microbiens qui risqueraient d'infecter le péritoine. Dans ces cas on se trouve bien de la cholécystostomie qui, en diminuant la pression de la bile sur le cholédoque, hâte la cicatrisation. M. Schwartz a tantôt fait la suture du cholédoque, et tantôt ne l'a pas faite; dans les deux cas il a eu des succès.

M. Ricard. — *Fistule vésico-vaginale guérie par la méthode du dédoublement.*

Une malade avait subi déjà sept opérations pour la cure d'une fistule

vésico-vaginale; et, de guerre lasse, un chirurgien avait fait l'occlusion de la vulve. Cette dernière opération fut bientôt suivie de cystite et de phénomènes douloureux dus à la formation de calculs. Consulté à ce moment, M. Ricard résolut de rouvrir la vulve, de chercher la fistule et de l'oblitérer. Il ouvrit la vulve en rencontrant sur son chemin de petits calculs phosphatiques. Il découvrit l'orifice utérin et, après avoir cathétérisé cet orifice pour se repérer, il sectionna, par une large incision transversale, le pont cicatriciel qui séparait l'orifice utérin de l'orifice de la fistule. Il libéra l'utérus comme pour le premier temps de l'hystérectomie vaginale et poussa cette libération jusqu'à ce qu'il sentît l'utérus s'abaisser. La face profonde du lambeau vulvaire fut avivée jusqu'à la fistule et suturée à la face antérieure de l'utérus par un large affrontement à l'aide de six points de suture au crin de Florence. La sonde à demeure fonctionna parfaitement, et au bout de quinze jours la fistule était fermée, sauf en un point où s'établit une fistulette. Une opération complémentaire, pratiquée au bout de trois semaines, amena l'oblitération de cette dernière.

M. Routier a opéré, en 1895, par le même procédé, une fistule vésico-vaginale datant de treize ans et offrant des difficultés opératoires considérables. Il eut la chance de voir l'oblitération complète se faire dès la première tentative.

M. Bazy tient à proclamer que, quelle que soit l'étendue de la destruction de la paroi vésico-vaginale, on peut arriver à obtenir la guérison. La plus mauvaise objection que l'on puisse faire est certainement l'occlusion du vagin, qui est presque toujours suivie d'accidents de cystite.

M. Schwartz a eu l'occasion d'opérer une femme dont le vagin rétréci admettait à peine un porte-plume. Il commença par faire la dilatation vaginale au moyen de tiges de laminaire en faisceau. Quand au bout de trente jours la dilatation fut suffisante, il put constater que la fistule siégeait sur la paroi latérale et que les tissus indurés étaient confondus avec la branche ascendante du pubis. Il libéra et décolla avec soin tous les tissus adhérents, puis fit la suture de la fistule. Il persista une fistulette qui guérit après une seconde opération.

M. Walther a réussi également à guérir par le procédé du dédoublement une fistule vésico-vaginale, contre laquelle on avait fait plusieurs tentatives par d'autres procédés, en particulier par la taille hypogastrique.

M. Richelot a employé avec succès le procédé de Braquehaye. Il considère la sonde à demeure comme inutile et incommode. Il préfère le cathétérisme intermittent et a soin de faire coucher ses opérés sur le côté.

M. Monod n'attribue pas grande importance à la position de l'opérée; ce qui importe, c'est une bonne suture.

M. Routier n'accorde aucune importance à cette position de l'opérée qui a la sonde à demeure.

M. Segond fit, dans un cas difficile, où plusieurs tentatives avaient déjà échoué, la taille hypogastrique, puis, ayant constaté que l'orifice urétral confinait aux lèvres de la fistule et risquait d'être pris dans la suture, il prit le parti de décoller toute la paroi vésicale gauche jusqu'à la fistule, et

c'est par la face externe de cette paroi qu'il fit la suture de la fistule. Le succès ne fut que partiel; une nouvelle intervention vint à bout de la fistulette qui avait persisté.

M. Huguet. — *Trois cas de cure radicale de hernie ombilicale chez des enfants nègres.*

Rapport de M. Berger.

M. Huguet rapporte trois observations de cures radicales de hernies ombilicales chez des nègres, toutes trois faites par le procédé de Le Dentu. Il insiste sur la difficulté qu'on aurait à faire une bonne réunion après une omphalectomie, les enfants nègres ayant tous le ventre volumineux. La hernie ombilicale paraît, chez eux, plus fréquente que les hernies inguinales. M. Huguet attribue ce fait aux travaux excessifs et aux marches forcées qu'on leur impose, et aussi à la négligence avec laquelle on abandonne à elle-même l'élimination du cordon.

M. Huguet. — I. *Observation de fibrosarcome du vagin chez une enfant de six ans.*

II. *Fibrosarcome de la paupière et de la face droite chez une femme; ablation, restauration de la paupière.*

III. *Sarcome ossifiant de la région naso-frontale chez un enfant.*

Rapport de M. Berger.

I. La tumeur avait le volume d'un œuf de poule et s'implantait sur la paroi antérieure du vagin. Observation intéressante par sa rareté.

II. La paupière supérieure fut extirpée totalement, et la restauration fut effectuée au moyen d'un lambeau emprunté à la région malaire.

III. M. Huguet se contenta d'extirper la partie saillante de la tumeur sans intéresser la lame compacte interne. Aussi la récidive fut-elle rapide. Aussi le rapporteur estime t-il qu'il eût mieux valu ou ne rien faire, ou avoir recours à l'excision complète et large de toute la partie de l'enveloppe osseuse du crâne où s'était développée la tumeur.

M. Reclus a vu un malade présentant une tumeur du plancher de la bouche adhérente au maxillaire. L'ablation fut limitée à la table interne du maxillaire, respectant la table externe, et il n'y eut pas de récidive.

M. Charrier (d'Angers). — *Cancer de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse; occlusion intestinale; anastomose iléo-sigmoïde.*

Rapport de M. Toffier.

Une femme de trente-cinq ans présente à plusieurs reprises des crises de coliques violentes dans la fosse iliaque droite, accompagnées de ballonnement du ventre. Ces crises, d'abord prises pour des crises d'appendicite, s'affirment dans la suite comme des accès d'occlusion intestinale intermittente. M. Charrier, appelé au cours de la dernière crise, plus violente et plus prolongée, porte le diagnostic d'occlusion chronique due vraisemblablement à un néoplasme du gros intestin. Il pratique une incision sur le bord externe du muscle droit, à droite, découvre le cæcum dilaté, suit le côlon ascendant

et sent le néoplasme soupçonné au milieu de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. Comme la tumeur est très adhérente, il renonce à son extirpation et se décide pour une anastomose iléo-sigmoïde, pratiquée suivant le procédé classique par une incision faite sur le bord externe du muscle droit à gauche. Le malade supporta à merveille cette intervention et rendit, dès le premier jour, des selles par l'anus.

M. Tuffier approuve la conduite de l'auteur et le loue d'avoir fait une exclusion intestinale très étendue pour éviter les tiraillements de la suture. Il l'approuve également d'avoir eu recours à la suture plutôt qu'au bouton de Murphy, de même que de s'être passé de la fistulette cæcale préalable, que l'on a recommandée comme soupape de sûreté.

M. Quénu est très partisan des entéro-anastomoses, qui sont bien préférables à l'anus contre nature, surtout lorsque celui-ci doit être placé sur le cæcum. Cette dernière opération doit être réservée exclusivement pour les cas d'occlusion aiguë, car même chez les malades très affaiblis, l'entéro-anastomose donne des succès.

M. Berger ne comprend les entéro-anastomoses que si l'on peut se passer de la fistule cæcale. Autrement il ne comprend pas leur supériorité sur l'anus contre nature. Quand à l'exclusion de l'intestin, préconisée pour éviter les accidents de rétention qui se développent au-dessus de la valvulve iléo-cæcale, il semble que sa gravité a amené chez les chirurgiens une certaine répugnance à y recourir.

M. Guinard trouve M. Berger trop sévère pour l'exclusion de l'intestin, et d'autre part, il ne lui semble pas que la fistule cæcale, recommandée par Maydl dans les entéro-anastomoses, puisse être comparée à un anus cæcal.

M. Le Dentu pense également que, si l'exclusion fermée est une mauvaise opération, l'exclusion avec fistule est une ressource des plus recommandables.

M. Hartmann croit également qu'en présence d'une tumeur inopérable de l'intestin compliquée d'occlusion, l'opération de choix est l'entéro-anastomose et que l'idéal serait d'anastomoser deux régions rapprochées du néoplasme. Cependant il faut songer aux tiraillements sur la suture et à la propagation possible du cancer à la bronche anastomotique. Pour ces anastomoses il semble que tous les chirurgiens aient renoncé aux boutons pour se servir exclusivement de sutures. L'orifice anastomotique doit être large, pour permettre le facile passage des matières dures. La fistulisation de la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle est inutile, cette portion d'intestin communiquant largement avec l'anse anastomosée. C'est la raison pour laquelle M. Hartmann rejette également l'exclusion. Cette dernière cependant n'est pas à rejeter complètement, et il pense qu'elle peut rendre de grands services dans les fistules pyo-stercorales, lorsqu'une opération radicale semble impossible.

M. Guinard trouve que M. Hartmann ne tient pas assez compte de la valvule iléo-cæcale. Quand il se fait une accumulation de liquides dans l'ampoule cæcale, la valvule de Bauhin oblitère en grande partie l'orifice

iléo-cæcal et ce dernier n'est plus une voie de sûreté suffisante pour l'écoulement de ces liquides.

M. Tuffier fait observer que la fistulisation préalable du cæcum est inutile d'emblée, et qu'il sera toujours temps de la faire, quand les accidents se produisent.

M. Terrier a eu recours à l'entéro-anastomose latérale pour des brides multiples de l'intestin et a obtenu un résultat très favorable. Mais il n'a pas grande confiance dans cette opération, lorsqu'il s'agit de tumeurs néoplasiques. Dans ces cas l'exclusion de l'intestin est indiquée, car un des grands avantages de cette opération c'est de pouvoir traiter ultérieurement l'affection intestinale et de pratiquer complètement l'ablation de l'intestin exclu. M. Terrier ne pense pas que le cours des matières se rétablisse aussi facilement que le dit M. Hartmann, à la suite de l'opération de Maisonneuve ou de l'exclusion partielle de l'intestin. Les opérés ont souvent des crises douloureuses tenant à l'accumulation des matières.

De l'asepsie opératoire (Suite de la discussion).

M. Walther relate les expériences qui ont été entreprises dans son œuvre au sujet de la stérilisation des mains. Dans une première série il a fait faire des ensemencements après désinfection des mains, avant l'opération, sur 19 ensemencements, 15 sont restés stériles; une fois, un tube a donné une culture de Subtilis. — Dans une seconde série d'expériences, les ensemencements ont été faits au cours et à la fin de l'opération; sur 9 ensemencements, une seule fois il y eut un résultat positif. Les mêmes épreuves entreprises sur les téguments de la région opératoire, ont donné les mêmes résultats.

Ces expériences paraissent très encourageantes à M. Walther. Elles démontrent que non seulement la stérilisation des mains paraît possible, mais encore qu'au cours même de l'opération elles restent stériles, parce qu'elles sont souvent lavées à l'alcool ou au sublimé, alors que les compresses, es instruments restent soumis aux causes d'infection provenant de l'air. Aussi l'usage de gants, pendant les opérations aseptiques, ne paraît-il pas indispensable à M. Walther; il les accepterait volontiers, s'ils n'offraient pas d'inconvénients. Il ne s'en sert que pour les opérations septiques.

M. Quénu, répondant aux diverses communications faites, montre l'évolution des idées chirurgicales passant de l'antisepsie pure à une méthode mixte, puis à l'asepsie pure, et discutant toutes les expériences entreprises à ce sujet en France et à l'Étranger, maintient les conclusions de son premier mémoire.

M. Véron. — *Anévrysme diffus traumatique de la tibiale postérieure.*

Rapport de M. Chaput.

Un soldat est blessé à la région postérieure du mollet droit par un ciseau de menuisier. Il se produit une légère douleur et une faible hémorragie. Le blessé fait quelques pas, puis tombe en syncope et quand il revient à lui il éprouve de violentes douleurs dans le mollet. Transporté à l'hôpital, il

est vu par M. Véron qui constate que le mollet est très augmenté de volume, dur, tendu et douloureux, mais sans battements, ni expansion ; il existe des fourmillements, de l'engourdissement et de l'œdème du pied. M. Véron porte le diagnostic d'anévrysme diffus et opère immédiatement. Anesthésie à la cocaïne, compression de la fémorale et incision sur le trajet de la tibiale postérieure. Après avoir écarté le jumeau interne, on rencontre un premier gros foyer de caillots, puis une plaie du soléaire, puis un second foyer énorme situé entre le soléaire et les muscles de la couche profonde. Ces foyers sont vidés et nettoyés; on lie le bout supérieur de la tibiale, bien qu'il ne donne pas de sang; puis la plaie est laissée béante en grande partie et bourrée avec de la gaze. La guérison fut parfaite.

M. Morestin. — *Plaie pénétrante du crâne par coup de révolver; trépanation, extirpation d'une balle logée dans le cerveau; guérison.*

Rapport de M. Walther.

Un homme de trente-huit ans, désespéré de se savoir tuberculeux, se tire dans la tête trois coups de revolver. M. Morestin constate trois petites plaies dans la région temporale droite. Tout près de l'une de ces plaies on sent sous les téguments une masse dure qui ne peut être que la balle correspondante; un stylet introduit dans la seconde plaie conduit également sur une balle aplatie à la surface du crâne; pour la troisième plaie, le stylet s'enfonce à 2 centimètres et ne révèle rien. Jugeant que, malgré l'absence de tout signe cérébral, la troisième balle avait pu pénétrer dans le crâne, M. Morestin résolut d'aller à la recherche des projectiles. Il taille un grand lambeau comprenant toutes les parties molles, lambeau qu'il disséqua. Les deux premières balles, senties pendant l'exploration, furent aussitôt trouvées et extraites. L'écaille temporale est perforée sur le trajet suivi par la troisième balle, et l'on constate que la dure-mère est déchirée près de la base du crâne. M. Morestin ouvre cette membrane et tombe alors sur un foyer de contusion cérébrale; avec le doigt il cherche prudemment la balle; il rencontre un nouveau foyer de contusion cérébrale, et tout près de ce dernier, un corps dur, qui était la balle. Celle-ci put être saisie avec une pince de Kocher et extraite. Deux mètres de gaze assurèrent le drainage des deux foyers, et les sutures furent placées; la guérison se fit sans incident.

M. Walther approuve complètement la conduite de M. Morestin.

M. Reynier trouve que M. Morestin ne s'était pas suffisamment entouré de toutes les garanties nécessaires pour le succès de son opération. Il aurait dû avoir recours à la radiographie qui, en indiquant exactement le siège du projectile, permet d'aller l'extraire en faisant le moins de dégâts possibles. Sans cette précaution on risque d'aller à l'aventure.

M. Delens pense également qu'il faut avoir recours à la radiographie. Il a eu l'occasion de voir un jeune homme qui avait reçu une balle de revolver. D'après la direction que suivait le stylet, on pouvait croire que la balle était logée dans le sinus frontal ou à la partie supérieure des fosses

nasales. Or, la radiographie montra que la balle était logée dans la partie postérieure du lobe occipital.

M. Monod considère comme dangereuse la pratique qui consiste à aller chercher une balle dans le crâne sans être guidé par aucun symptôme. Il pense qu'en pareil cas il vaut mieux s'abstenir, car nombre de blessés conservent le projectile sans le moindre inconvénient.

M. Reclus est du même avis. Il faut débrider et désinfecter, et n'aller plus loin que si l'on est sûr du point où se trouve la balle. Autrement on s'expose à produire des lésions beaucoup plus dangereuses que celles qui résultent du projectile lui-même.

M. Schwartz partage la même opinion. Pour les cas immédiats il faut attendre après avoir désinfecté la plaie. Lorsqu'il y a des accidents secondaires, il faut intervenir, mais seulement après radiographie.

M. Quénu considère que la grande indication immédiate est de réaliser l'asepsie de la plaie et du trajet qui lui fait suite, en faisant des débridements et en trépanant. Si le projectile, des esquilles ou des cheveux sont à fleur de cerveau, on les enlève, et cette ouverture large facilite l'écoulement des liquides septiques s'il s'en produit au bout de quelques jours. M. Quénu ne fait de recherche dans la substance cérébrale qu'au cas où des accidents viennent à se montrer.

M. Delorme pense que, grâce aux progrès imprimés au diagnostic par la radiographie, on est autorisé à aller à la recherche des projectiles dont le siège a été préalablement vérifié par la radiographie.

M. Lucas-Championnière est d'avis que dans beaucoup de cas, la radiographie n'est pas un guide absolument sûr lorsque la balle est située profondément; les chances de survie sont bien plus grandes si l'on s'abstient que si l'on intervient.

M. Tuffier trouve que l'on confond trop les interventions immédiates et les interventions consécutives. Pour les premières, la radiographie n'est d'aucune utilité, attendu qu'elle nécessite des manipulations complexes qu'aucun chirurgien n'oserait imposer à un blessé venant de recevoir une balle dans le crâne. Il n'en est plus de même dans les interventions secondaires; là la radiographie reprend tous ses droits.

M. Guinard considère que la balle n'est rien, le trajet est tout. L'important n'est pas de trouver la balle, mais de nettoyer et drainer tout le trajet. Pour cela il faut aller aussi loin que possible, et surtout faire une large brèche osseuse, afin de permettre un drainage facile.

M. Gérard-Marchant fait remarquer que M. Morestin n'a fait que se conformer à la conduite qui a été défendue par plusieurs chirurgiens lors de la discussion de 1894. Il a suivi pas à pas les désordres engendrés par le projectile, et ils l'ont conduit sur le corps du délit, sans aucune manœuvre intempestive. M. Marchant n'est pas d'avis d'attendre des accidents pour intervenir; si l'on attend, on risque trop souvent d'intervenir trop tard.

M. Nimier ne se rend pas bien compte de ce que l'on peut entendre par aseptisation d'une plaie du cerveau par balle de revolver; il ne voit pas comment cette antisepsie peut être réalisée. A vrai dire les prétendues désin-

fections des plaies du cerveau par balle réussissent quand la blessure par elle-même est aseptique. — L'extraction immédiate de la balle arrêtée dans le cerveau ne lui semble pas s'imposer; tout au moins serait-il nécessaire de réunir tous les faits de même genre pour préciser le rôle de projectile en tant que corps étranger dans le cerveau. A titre de document M. Nimier présente le radiographie d'une balle de fusil Mauser, pesant plus de 11 grammes, arrêtée dans le lobe occipital chez un soldat américain, balle qui est parfaitement bien supportée.

M. Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin). — *Trois observations d'opération de Gritti.*

Rapport de M. Lejars.

M. Szczypiorski communique trois observations de traumatismes graves du membre inférieur, dans lesquels il dut sacrifier la jambe. Dans le premier cas il fit d'abord une amputation de jambe; mais une gangrène de lambeau l'a obligé à amputer plus haut. Dans le second cas il tenta la conservation; des accidents septiques l'obligèrent à faire le sacrifice du membre. Dans le troisième cas, la jambe avait presque complètement été détachée à son tiers supérieur, et l'amputation fut faite d'emblée. — Dans ces trois cas, c'est à l'amputation de Gritti que l'auteur eut recours, et dans les trois cas eut un résultat excellent; les trois blessés marchent parfaitement sur le moignon. — Au point de vue du procédé opératoire, pour obtenir une bonne soudure de fragment rotulien et éviter son glissement en avant, M. Szczypiorski a eu recours à un véritable cerclage de la rotule. Avec le perforateur il perce la rotule en travers suivant son grand axe, à 3 centimètres environ de sa surface d'avivement; après le sciage des condyles, il perfore de même le fragment fémoral dans le sens transversal; puis un long fil d'argent est passé dans l'un et l'autre canal, dessine une anse en dedans et vient se tordre en dehors. Grâce à cette modification, l'opération de Gritti assure au moignon un excellent fonctionnement et donne un meilleur résultat que l'amputation diaphysaire. Mais M. Lejars se refuse à la désarticulation du genou, qui reste l'opération de choix lorsque les parties molles sont suffisantes à fournir un lambeau antérieur ou postérieur.

M. Delbet pense que la méthode des amputations ostéoplastiques mériterait d'être étudiée à nouveau. Il a eu l'occasion d'appliquer trois fois le procédé d'amputation ostéoplastique de la jambe qu'il a imaginé, et dans les trois cas il a eu d'excellents résultats. Les malades ont un excellent moignon.

M. Poirier a eu l'occasion de pratiquer une fois l'opération de Gritti et en a obtenu un excellent résultat. Il a eu recours au simple enchevillement de la rotule sur le fémur par une pointe de fer; cette dernière fut retirée vers le quarantième jour. Ce procédé lui paraît aussi sûr et beaucoup moins compliqué que le cerclage. — M. Poirier ne partage pas la préférence de M. Lejars pour la désarticulation du genou. Après le Gritti on s'appuie sur la peau prérotulienne, et ce contact lui paraît préférable au contact condylien qui résulte de la désarticulation.

M. Berger a vu des insuccès tardifs après la désarticulation du genou et ne partage plus les opinions trop favorables qu'il a émises jadis sur cette opération.

M. Routier a eu l'occasion de voir des malades qui avaient subi autrefois une désarticulation du genou; ces deux amputés marchaient admirablement sur leur moignon.

M. Tuffier a fait une fois une opération de Gritti et en a été très satisfait. L'avantage de cette opération, c'est que, dans la marche ultérieure, l'opéré s'appuie sur une peau habituée aux pressions.

M. Bazy a fait, il y a cinq ans, une désarticulation du genou, et l'opéré marche très bien.

M. Peyrot a plusieurs fois pratiqué la désarticulation du genou et en a toujours obtenu d'excellents résultats.

M. Kirmisson a eu des résultats éloignés des deux opérations, la désarticulation et l'opération de Gritti; il reconnaît que les deux avaient donné un excellent résultat fonctionnel.

M. Delorme présente un malade chez lequel il a traité un *prolapsus rectal* par l'ablation circulaire de la muqueuse du cylindre invaginant et invaginé.

M. Picqué présente un malade chez lequel on fit une *résection partielle de l'humérus* à la suite d'une fracture par coup de feu.

M. Bazy présente un *rein tuberculeux* enlevé par néphrectomie.

M. Loison présente un cas de *tarsectomie postérieure totale.*

M. Potherat présente des *kystes dermoïdes des deux ovaires.*

M. Routier présente un *gros calcul biliaire* ayant amené une obstruction intestinale et enlevé par entérostomie.

M. Demoulin présente une *radiographie de carie sèche de l'epaule.*

M. Launay présente un malade guéri par *trépanation d'une fracture du crâne par enfoncement.*

M. Morestin présente un malade opéré d'un *sarcome du crâne.*

M. Albarran présente un *rein atteint de tuberculose diagnostiquée au début grâce au cathétérisme urétéral.*

M. Chapot-Prévost (de Rio de Janeiro) fait une communication sur un nouveau *procédé rapide d'hémostase du foie.*

M. Bazy présente un malade *laparotomisé pour plaie de l'intestin par coup de pied de cheval.*

M. Guinard présente un malade guéri d'un *kyste hydatique du foie par l'évacuation et la suture sans capitonnage.*

M. Guinard présente une malade chez laquelle, au cours d'une *opération d'appendicite à froid*, il a trouvé un *vers intestinal vivant* dans l'appendice.

M. Ricard présente un malade auquel il a pratiqué l'*arthrotomie pour luxation ancienne de l'épaule et la suture latérale de l'axillaire.*

M. Potherat présente un malade atteint de *fracture du calcanéum par arrachement.*

M. Ricard présente une pièce de *grossesse extra-utérine.*

M. Brin (d'Angers) fait une communication sur le *traitement du cancer du gros intestin.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON.

Séance du 12 juillet 1900. — Présidence de M. Gayet.

Traitement des fractures du maxillaire inférieur par l'attitude bouche ouverte.

M. Martin fait une communication sur la *simplification du traitement des fractures du maxillaire inférieur.*

En 1887, il a fait connaître un nouvel appareil de contention appliqué aux fractures du maxillaire inférieur.

Dans son mémoire, il a donné la description de cet appareil et exposé les résultats qu'il avait obtenus par son emploi dans un grand nombre de ces fractures, et il en a rapporté une série de quarante-deux observations.

Le présent mémoire n'a d'autre objet que d'attirer l'attention sur le traitement des fractures du maxillaire par l'ouverture de la bouche et les avantages de la mobilisation des fragments.

Actuellement, dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur compliquées ou non, l'orateur a abandonné à peu près tout appareil externe, sauf la bande de caoutchouc.

Il a insisté sur les difficultés qu'on éprouve à maintenir le fragment postérieur abaissé et réduit. Plus il est court, plus la difficulté est considérable.

Mais si l'on profite de l'abaissement spontané de ce fragment qui se produit lorsque la bouche est ouverte et si l'on maintient cet abaissement, on voit que la fracture se réduit d'elle-même.

Il suffira donc de maintenir cette attitude pendant un temps suffisant pour obtenir une consolidation parfaite et en bonne position. Le fait d'observation courante a une importance capitale, car c'est grâce à lui qu'il a pu réaliser la simplification des méthodes de traitement des fractures du maxillaire.

Supposons un malade atteint de fracture à deux fragments du maxillaire inférieur : si nous faisons ouvrir la bouche, le fragment postérieur s'abaisse de lui-même et vient se placer à peu près au niveau du fragment antérieur.

La fracture est pour ainsi dire réduite spontanément.

Plaçons alors un coin de bois, de liège ou de tout autre matière entre ce fragment postérieur et la mâchoire supérieure, la fracture restera

réduite et il suffira de laisser cet obstacle au rapprochement des mâchoires pendant un temps assez long pour voir la consolidation se faire dans cette position.

Cette simple vue théorique constitue, en pratique, une méthode de traitement d'une grande valeur; M. Martin l'a utilisée avec un plein succès depuis dix ans.

La bande de caoutchouc, de 5 centimètres au plus de large, doit être portée constamment, et déborder un peu le menton en avant.

Elle est absolument nécessaire dans tous les cas de fracture, même celles qui n'offrent pas de déplacement. Cette bande, en effet, soulève les fragments antérieurs pendant le mouvement de l'ouverture de la bouche et tend à ramener ceux-ci au niveau des fragments postérieurs que maintiennent abaissés les coins interdentaires.

C'est à la régularisation de ce double mouvement : abaissement du fragment postérieur, élévation de l'antérieur, qu'on devra porter toute son attention. Le résultat final en dépend.

Le traitement des fractures du maxillaire inférieur sans le secours d'appareils exige de la part du malade une volonté et une docilité qu'on rencontre rarement. Il faudrait en venir alors à l'emploi de la pièce buccale qui serait toujours suffisante. Cette pièce est indispensable dans les fractures multiples, et, en général, dans tous les cas difficiles.

Dans toutes les fractures du maxillaire, on doit faire la mobilisation des fragments qui est toujours possible, et y combiner le massage, s'il est praticable. C'est le meilleur moyen de faire cesser la contraction musculaire et d'obtenir la réduction, ce qui supprime les douleurs.

Dans les fractures simples, le maintien prolongé de l'attitude bouche ouverte, au moyen de coins placés entre les deux mâchoires pendant que le fragment antérieur est soulevé par une bande de caoutchouc en forme de fronde, suffira le plus souvent, chez les malades dociles, pour obtenir la réduction et la consolidation.

M. Martin a traité plus de 40 cas par cette méthode.

M. Ollier présente une malade qui a subi une *résection du coude* pour ankylose consécutive à une infection gonococcique.

Ankylose complète entre l'humérus et le cubitus. Mobilité des mouvements du radius.

Rupture forcée des adhérences.

M. Ollier, à la suite, réserva le pronostic.

En effet, le résultat fut peu satisfaisant dans les mois suivants, et alors la malade demanda la résection qui fut pratiquée le 9 mai 1900.

Par le ciseau il redonne la mobilité à l'articulation et ensuite on résèque les extrémités articulaires où l'on constate des adhérences extrêmement étendues.

La résection fut un peu vite interrompue, avec ablation du ligament autour de l'articulation.

La guérison s'obtint facilement, et aujourd'hui cette néarthrose de deux

mois fonctionne admirablement. Flexion et extension complète. L'état musculaire est satisfaisant et s'améliore tous les jours, malgré l'atrophie musculaire qui datait de onze mois.

Il manque cependant encore un peu de fixité latérale.

M. Ollier est certain d'obtenir une articulation très mobile.

Il y actuellement, un peu d'hyperextension, mais avec le temps et la reconstitution plus complète des condyles, cet état s'améliorera.

M. Ollier insiste encore une fois sur l'incision large des parties molles articulaires voisines.

M. Ollier fait une seconde communication sur une *résection de la hanche* où il y avait lieu de discuter la résection ou la section cunéiforme cervicale pour coxalgie et ankylose avec douleurs.

M. Ollier s'est décidé à faire la résection, et bien lui en prit, car il y avait en arrière un foyer inflammatoire.

Dans un premier temps, le col fut sectionné et ensuite la tête enlevée. Dans les cas d'ankylose complète, M. Ollier préfère la section simple du col, mais sous la condition expresse que l'ankylose est complète.

Le résultat est satisfaisant. L'ankylose est complète.

Dans une autre circonstance, M. Ollier a fait la résection cunéiforme, pour un cas presque analogue, mais il n'y avait pas de douleur.

Séance du 19 juillet 1900. — Présidence de M. Fochier.

Deux cas de *traumatisme du tarse postérieur.*

M. Vallas. 1er cas : Un homme de quarante ans manque, en descendant, la marche d'un escalier et heurte violemment de la plante du pied une marche inférieure. Chute, impotence immédiate, qui persiste après un mois et amène le malade à l'hôpital.

La radiographie fait constater que la loge scaphoïdienne est vide, la tête de l'astragale est déplacée sans qu'on puisse préciser sa position nouvelle. Le col astragalien fracturé présente une crête osseuse qui bute contre le rebord tibial et s'oppose à la réduction. De plus, le corps de l'astragale a subi un mouvement de rotation autour de son axe transversal. Intervention par la grande incision externe de la résection tibio-tarsienne; la saillie osseuse du col est abattue au ciseau; la tête, qui est très bas, fixée dans le sinus du tarse, est enlevée. Le malade, à sa sortie, a déjà récupéré une grande partie des mouvements du pied.

2e cas : Une jeune fille se précipite du second étage dans la rue et tombe sur la plante des pieds. Il en résulte des lésions graves au niveau des deux tarses; à droite, une fracture de calcanéum; à gauche, même fracture, et de plus, à la face externe du pied, au niveau du cuboïde, saillie osseuse qui menace de perforer la peau.

La radiographie révèle, comme dans le cas précédent, une luxation par rotation de l'astragale, mais sans fracture. Grande incision externe, le cuboïde énucléé est trouvé sous la peau qu'il soulève et est enlevé; la

réduction de l'astragale reste impossible, et ne peut être obtenue qu'après la résection de son col. La date récente de l'opération ne permet pas d'apprécier encore le résultat fonctionnel.

M. Ollier fait remarquer que les opérations limitées ne peuvent être faites que sur un terrain parfaitement aseptique, et que s'il y a des désordres importants s'il y a des chances d'infection, l'ablation de l'astragale reste le procédé le plus sûr.

M. Fochier appuie l'opinion de M. Ollier.

M. Jaboulay estime qu'avant de réséquer, il faut poursuivre très loin les essais de réduction, et cite un cas où il obtint, avec la bande d'Esmarch fortement serrée, la réduction d'un astragale qui faisait saillie sous la peau.

M. Ollier croit que la réduction, qu'il faut toujours tenter, ne réussira que dans des cas exceptionnels.

M. Vallas croit que dans ces deux cas la réduction était impossible.

M. Martel, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne, présente une *aiguille à suture* constituée par un doigtier métallique semblable à celui qui sert pour le tubage.

Ce doigtier est muni d'une douille avec laquelle on peut fixer divers types d'aiguilles (Lamblin, Reverdin, etc.). Cet instrument permet de garder l'aiguille en main sans être obligé de la quitter et de la reprendre.

Autopsie d'une luxation congénitale traitée par la méthode de Lorenz.

M. Nové-Josserand présente les pièces anatomiques d'une fillette de quatre ans et demi, opérée par lui il y a un an, et dont le traitement était terminé depuis quatre mois.

Cette enfant a succombé à une diphtérie dans un service de médecine.

Muscles légèrement atrophiés dans leur ensemble, mais ayant leur insertion et leur direction normales, en même temps que la couleur, la consistance et l'aspect des muscles sains.

Après dissection des muscles, on ne voit à l'extérieur aucune différence essentielle entre les deux hanches. La situation de l'article est absolument normale, les mouvements ont leur amplitude habituelle.

La diaphyse fémorale est un peu amincie.

La capsule articulaire est normale et intacte avec son renforcement de Bertin à peine un peu moins développé, et un certain amincissement vers son côté interne; elle maintient du reste, l'articulation convenablement serrée. Le ligament rond fait défaut, la tête est un peu plus volumineuse, et le cotyle un peu moins profond que du côté sain; il est fermé par un fibro-cartilage bien distinct, bien modelé sur la tête, dont il constitue le moyen de fixation le plus important.

M. Fochier dit que cette pièce semblerait établir qu'il y a eu plutôt reconstitution d'une articulation que réduction d'un déplacement.

M. Ollier constate la perfection du résultat et demande si l'absence du ligament rond est habituel dans ces luxations.

M. Jaboulay estime qu'en présence de l'intégrité anatomique de l'articulation, on ne peut songer à la reconstitution d'un article nouveau, et qu'il

faut admettre la reposition de la tête fémorale dans une cavité préexistante. Il se demande si dans ce cas il n'y a pas eu redressement d'une articulation malade plus que véritable réduction.

M. Nové-Josserand dit que l'absence du ligament rond est un fait très commun. Il n'admet pas qu'il s'agisse du redressement d'une articulation malade.

Rien dans l'histoire du malade ne permet la supposition d'une arthrite, rien dans l'examen anatomique de l'articulation, où il n'y a aucune trace d'inflammation ni de cicatrice, ne le permet non plus.

Ces réductions parfaites ne sont pas exceptionnelles, et sur 34 hanches traitées par lui chez 22 malades, et où le résultat a été contrôlé par la radiographie, il n'y a pas moins de 17 cas tout aussi favorables, comprenant 7 luxations unilatérales et 5 bilatérales.

M. Martel présente un mémoire intitulé :

Étude comparative de la structure du périoste humain détaché par les différents procédés de résection dite sous-périostée.

M. Siraud présente un mémoire intitulé :

Nouveau procédé pour aborder la face convexe du foie. Décollement et relèvement du cul-de-sac pleuro-diaphragmatique (voie parapleurale trans-diaphragmatique).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séances des mois d'Août et d'Octobre. — Présidence de M. Marey.

M. Le Dentu présente une observation de M. Gérard-Marchant ayant trait à *un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière droite et du tronc innominé, guéri par la méthode de Brasdor.*

Il s'agissait d'un malade âgé de cinquante et un ans, cocher de son métier, qui éprouva pour la première fois, en février 1897, des engourdissements de la main droite, accompagnés de sensations de froid, ainsi que des douleurs passagères à l'acromion et le long du bord spinal de l'omoplate. En juillet 1897, sous l'influence d'un effort insignifiant, le bras devint inerte et froid; des douleurs s'irradièrent le long du membre. Le pouls aurait alors cessé de batttre. En un mois, ces symptômes disparurent graduellement.

En janvier 1898, le malade consulta M. Lancereaux, qui constata un anévrisme de l'artère sous-clavière droite gros comme une noix, et le soumit à un traitement méthodique par les injections de sérum gélatinisé à 2 p. 100. Vingt-deux injections faites dans le tissu cellulaire de la cuisse amoindrirent un peu les douleurs, mais n'arrêtèrent pas le développement de la tumeur pulsatile.

Le 22 novembre 1898, huit mois après le commencement du traitement par les injections de gélatine sur lequel on avait suffisamment insisté, le malade entra dans le service de M. Gérard-Marchant, à l'hôpital Tenon, salle Nélaton, n° 2. Ses souffrances étaient devenues insupportables.

« Je constatai », dit M. Marchant, « dans le creux sus-claviculaire, sur le trajet de l'artère sous-clavière, une tumeur molle qui soufflait, qui était animée de pulsations et de mouvements d'expansion. Elle était dépressible et pouvait avoir les dimensions d'un petit œuf de poule. La tumeur débordait en avant la clavicule, sans que toutefois cet os parût érodé par le sac anévrismal. Le souffle systolique était faible.

« Les pulsations de l'artère radiale, comme de l'artère humérale, étaient très atténuées, et même le pouls, petit et filant, disparaissait et réapparaissait à des intervalles variables. Sa réapparition coïncidait avec des accalmies dans les douleurs. Il n'était pas modifié par la compression du sac anévrismal et n'offrait pas de retard par rapport à celui du côté opposé. »

Le malade éprouvait des alternatives de froid et de chaud au bras droit; on voyait des veines collatérales dilatées à la partie supérieure du membre, sous la clavicule. État général satisfaisant; céphalalgie depuis un mois. Aucun trouble fonctionnel local ou éloigné.

Il semblait que l'anévrisme ne portât que sur l'artère sous-clavière, mais au cours de l'intervention qui eut lieu le 9 décembre 1898, et dont la première partie fut consacrée à la recherche des limites de la tumeur, il fut reconnu qu'elle s'étendait *sur toute la longueur de l'artère sous-clavière* et jusqu'au tronc innominé inclusivement. Comme la principale dilatation, formant bosselure, s'était développée aux dépens de la troisième portion de la sous-clavière, ce fut l'*artère axillaire au-dessous de la clavicule* qui fut liée, et cette ligature fut suivie, séance tenante, de celle de la carotide primitive, tout près de son émergence du tronc brachio-céphalique.

Les suites de l'opération furent des plus simples et des plus heureuses. Au premier pansement fait le 17 décembre, huit jours après l'intervention, la poche ne battait plus, ne soufflait plus. A partir de ce jour, elle s'est rétractée graduellement; à la fin de janvier 1899, elle était transformée en un noyau induré. *La guérison était complète.* Cette observation est un bel exemple de succès de la méthode de la double ligature périphérique ou distale des gros vaisseaux de la base du cou, pour le traitement des anévrismes du tronc innominé et de l'aorte. Cette observation emprunte un intérêt particulier à deux circonstances qu'il est bon de signaler de suite : c'est, d'une part, que la méthode des injections de sérum gélatineux, appliquée rigoureusement, n'avait pas réussi à arrêter la marche de l'anévrisme; c'est, d'autre part, que l'une des deux ligatures a été placée *sur l'artère axillaire au-dessous de la clavicule*, l'autre l'ayant été sur l'origine de la carotide primitive.

Or, les cas de double ligature simultanée, dont l'une porte sur l'axillaire, ne forment qu'un groupe très restreint. Le plus ordinairement, c'est sur la carotide primitive et l'une des portions de la sous-clavière que les fils ont été jetés, parce que, le plus souvent, la première portion de la sous-clavière est seule intéressée, en même temps que le tronc innominé.

M. Le Dentu fait l'historique de la question. Il cite un certain nombre de cas analogues empruntés à ,àLaugier Malgaigne, à Martel, à Bennet-May, à Waren et Gester; mais tous ces cas se sont terminés par la mort des opérés.

Pourquoi M. Gérard-Marchant a-t-il réussi là où ses prédécesseurs avaient échoué? Est-ce seulement parce que ses ligatures aseptiques ont mis l'opéré à l'abri des hémorrhagies secondaires? La raison serait déjà excellente; mais il ne faut pas perdre de vue que, chez son malade, il s'était produit une oblitération brusque de l'axillaire quelque temps avant l'opération, et que, ultérieurement, le pouls était resté faible. L'occlusion du vaisseau était donc partielle, et il est probable que les branches collatérales se trouvaient dans les mêmes conditions. Le ralentissement de la circulation, indispensable pour la guérison définitive, était donc réalisé à l'avance. Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Gérard-Marchant prouve que la ligature de l'axillaire, dans la même séance que celle de la carotide, peut donner une guérison aussi complète, aussi définitive que la ligature de la sous-clavière et de la carotide dans la même séance. On doit lui savoir gré d'avoir fourni cette démonstration.

Chez le malade de M. Gérard-Marchant, la gradation du traitement médical au traitement chirurgical a été sagement observée. Finalement le succès a été du côté de la chirurgie, succès qui paraît bien définitif, parce qu'il a été rapide et complet.

M. P. Budin présente, de la part de Léopold, de Dresde, un travail intitulé : Recherches sur l'*étiologie du carcinome et sur les blastomycètes pathogènes.*

Ces recherches faites avec son assistant, le Dr Rosenthal, ont porté sur plusieurs centaines de carcinomes. Les pièces ont été examinées à l'état frais. Les auteurs ont vu dans les tissus des organismes volumineux à forme sensiblement arrondie, *des blastomycètes*; en employant un microscope thermo-régulateur, ils ont pu suivre leur développement. De plus, des cultures et des inoculations ont été pratiquées. En ce qui concerne les cultures, ils ont pu, dans quatre cas, obtenir une culture pure de blastomycètes.

Quant aux inoculations, ils ont eu, sur les animaux, des résultats positifs avec généralisation viscérale.

Une fois en particulier, c'est avec la culture pure obtenue en ensemençant le cancer d'une femme qu'ils ont pu reproduire la maladie et l'inoculer à un rat. Les auteurs, s'appuyant sur ces données, sont persuadés que le cancer est dû à des blastomycètes et peut être inoculé, transmis. On comprend toute l'importance de ces recherches.

M. Grancher fait un rapport sur un travail de M. Moure de Bordeaux, visant *la difficulté d'ablation de la canule après la trachéotomie.* Pour cet auteur, les cas dans lesquels apparaît cet obstacle à la décanulation sont ceux où la trachéotomie a été faite très haut, c'est-à-dire dans l'espace crico-thyroïdien, très petit chez l'enfant, au moins sur le cartilage cricoïde.

Il ne s'agit pas ici, comme on l'a cru, d'un spasme des muscles constricteurs du larynx, ni de paralysie fonctionnelle, mais bien *d'une mobilisation mécanique des articulations* destinées, en s'écartant, à permettre à

l'air d'entrer dans l'intérieur de l'arbre respiratoire. Ainsi, deux processus, l'un inflammatoire sous-glottique, l'autre mécanique, sont la cause de cette impossibilité du retour à la respiration laryngée normale. On en sera quitte en pareil cas, lorsqu'il sera survenu des phénomènes de sténose, de faire la trachéotomie au-dessous du point primitivement ouvert. Mais il faut bien savoir que lorsque la canule aura déterminé autour d'elle non seulement de l'infiltration muqueuse, mais de la véritable périchondrite, la trachéotomie basse ne sera plus suffisante; c'est à la dilatation laryngée, au tubage, peut-être même à la laryngo-fissure (thyrotomie médiane), qu'il faudra recourir, afin d'enlever les tissus infiltrés qui gênent la respiration. Il sera quelquefois possible, par l'un de ces procédés, de rendre aux voies aériennes supérieures leur perméabilité, et, par conséquent, d'enlever définitivement la canule.

M. Delorme présente un malade atteint *de prolapsus rectal* qu'il a *traité par l'excision circulaire de la muqueuse du cylindre invaginé*. Le résultat obtenu est parfait; toute trace de prolapsus a disparu, le sphincter est dilatable et contractile. Non seulement les selles solides, mais les selles liquides et les gaz sont retenus. Ce n'est qu'en dilatant l'anus et en voyant la muqueuse unie directement à la peau qu'on peut se douter de l'opération pratiquée.

M. P. Berger présente une malade chez laquelle une syphilis conjugale avait déterminé en peu de mois deux fausses couches et la mort d'un enfant âgé de six semaines. De plus, il s'était produit chez elle une destruction complète du voile du palais et de la luette, de la plus grande partie de la voûte palatine osseuse, des téguments, et du squelette cartilagineux, ainsi que des os propres du nez, entraînant celle de la cloison des fosses nasales et des voies lacrymales. M. Berger arriva à combler chez cette malade la perte de substance de la lèvre, par un procédé de cheiloplastie assez complexe.

Il la confia ensuite à *M. Goldenstein qui réussit à restaurer la voûte palatine et le voile du palais, le nez et les voies lacrymales* au moyen d'un appareil prothétique nouveau, très ingénieusement construit par M. Goldenstein lui-même. Cet appareil, que M. P. Berger présente aussi, non seulement masque cette horrible défiguration ,mais aussi remédie aux troubles qui en résultaient dans la mastication, la déglutition et l'articulation des sons.

M. J. Delorme a présenté à l'Académie en 1887 un soldat, qui, dans une tentative de suicide, s'était tiré une balle de fusil gras sous le menton.

Toute la voûte palatine osseuse antérieure aux deux dernières molaires avait disparu ainsi que le nez.

Avec les parties molles des joues, M. Delorme put *reconstituer une voûte palatine membraneuse*, solide, des dimensions de la voûte primitive, sur laquelle s'appuyait directement un dentier avec dents avançant sur celles du maxillaire inférieur, comme à l'état normal.

Avec les parties molles de la même région jugale, étendues, étirées pendant de longues séances de massage, il put reconstituer un nez saillant de plusieurs centimètres, se soutenant seul et dont la saillie, ainsi qu'il peut l'attester, a persisté.

Ce procédé lui a donné un succès si remarquable qu'il n'hésitera pas dorénavant à l'employer sur des malades présentant des pertes de substances aussi étendues.

M. Porak fait un rapport sur une observation envoyée par M. *Chabot-Prévost*. Il s'agissait d'un *monstre monomphalien* intermédiaire aux xiphopages et aux thoracopages, âgé de sept ans. Cette observation est des plus intéressantes à cause de sa rareté, à cause des recherches physiologiques qu'elle a suscitées et enfin par l'opération heureuse pour l'un des enfants.

M. Laborde lit un rapport sur une observation présentée par M. Laveran, au nom du docteur Matignon, attaché à la légation de France à Pékin. Il s'agit de *l'heureuse application des tractions rhythmées de la langue dans un cas de syncope due à une blessure par arme à feu des voies aériennes supérieures*.

BIBLIOGRAPHIE

TABLEAUX SYNOPTIQUES D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE ET CHIRURGICALE par le Dr **Boutigny**, ancien interne des hôpitaux (Collection Villeroy), Paris 1900. Librairie, J.-B. Baillière et fils.

Ce livre nous présente sous forme de tableaux l'anatomie des différentes régions de la tête, du cou, du rachis, du thorax, de l'abdomen et des membres. La lecture en serait aride si chacun de ces tableaux n'était suivi de déductions pathologiques et accompagné de nombreux dessins. Ceux-ci rappelleront rapidement au praticien une région oubliée et permettront au débutant d'en comprendre les rapports souvent compliqués.

G. ALEXANDRE.

RESULTATS ÉLOIGNÉS DE LA FIXATION INTRAPÉRITONÉALE DE L'UTÉRUS PAR LE VAGIN SUIVANT LE PROCÉDÉ DE GOTTSCHALK POUR LE TRAITEMENT DE LA RÉTROFLEXION UTÉRINE, par **Max Schulhof**. Thèse de Berlin, 1900, Gustave Schade édit.

Dans l'opération de Gottschalk on incise d'abord la paroi vaginale antérieure et on découvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Celle-ci ouverte transversalement, on attire à travers l'ouverture le fond de l'utérus, après l'avoir libéré de ses adhérences. L'utérus replacé dans sa position normale on suture le fond au feuillet antérieur du cul-de-sac péritonéal au point où il se sépare de la vessie, et on termine par la fermeture du cul-de-sac.

Le temps difficile est la libération des adhérences, qui peut nécessiter une colpocœliotomie postérieure.

L'auteur cite trente-six observations dans lesquelles on ne trouve pas de troubles vésicaux consécutifs et il rejette les procédés donnant une réunion séro-fibreuse comme la vésicofixation de Mackenrodt.

Pas de récidive par ce procédé, et dans une observation la malade fait un accouchement normal dix-huit mois après l'opération.

G. ALEXANDRE.

LA VISION. *Étude physiologique*, par **H. Parinaud**. (O. Doin, éditeur.) 1898, 1 vol. de 218 pages.

« L'étude de la vision a été commencée par les philosophes et les psychologues. Elle a été continuée, depuis Képler et Thomas Young, par les

physiciens et les mathématiciens. Les physiologistes proprement dits, les biologistes sont peut-être ceux qui s'en sont le moins occupés, vraisemblablement parce qu'ils ont cru qu'une étude que l'on a faite si compliquée, n'était pas de leur compétence. » On voit de suite par cette entrée en matière quelle sera la préoccupation constante de l'auteur : envisager la fonction visuelle non par l'un des côtés forcément limités et étroits de l'optique physiologique ou de la psychologie, mais en appelant à son aide l'expérimentation physiologique, l'observation anatomo-clinique. C'est en effet de l'ensemble des données puisées à toutes ces sources et en se servant comme fil conducteur de la doctrine évolutioniste, que M. Parinaud a pu dégager, la conception générale de la nature et du mécanisme de la vision, qui fait le sujet de ce très remarquable volume. Envisagée de cette manière, la question prend en effet un intérêt et une importance singulière et l'on a le sentiment en lisant l'exposé si suggestif du Dr Parinaud que c'est vraisemblablement en approfondissant encore l'analyse de l'acte visuel que l'on parviendra, par analogie, à concevoir le mécanisme des réflexes cérébraux qui, dans leur complexité infinie, constituent les fonctions psychologiques. M. Parinaud est non seulement un observateur pénétrant et un physiologiste avisé; c'est un écrivain de premier ordre qui sait séduire le lecteur par la clarté et la simplicité de l'exposition et par le mépris de toute pédanterie. Toutes les propositions sont compréhensibles même pour le profane, et nous applaudissons à cette tentative d'une publication qui reste scientifique et personnelle tout en étant une œuvre de vulgarisation. Les difficultés d'un pareil exposé étaient extrêmes, mais le résultat est digne du long effort qu'il a nécessité et l'ophtalmologie française peut, à bon droit, s'en montrer fière. Sans aucun doute, tout, dans cette étude physiologique, n'est pas encore achevé et, dans maintes questions, l'auteur a dû se contenter d'indiquer les grandes lignes, de signaler l'hypothèse la plus vraisemblable et de montrer par quel chemin on pourra atteindre le but qui est, d'après lui, « l'explication des phénomènes visuels par les propriétés de structure de l'appareil visuel ». Dans l'introduction, M. Parinaud fait l'exposé des différentes orientations qui ont successivement prévalu dans l'étude de la vision. Il nous montre à quelles conclusions erronées le raisonnement mathématique peut conduire lorsqu'on veut l'appliquer à l'étude des phénomènes biologiques. Pour remettre la question sur son véritable terrain biologique, il faut briser avec la tradition et réédifier sur d'autres bases. Il faut encore discuter librement les lois formulées par Young, Helmholtz, etc., et qu'on a eu le tort d'admettre sans les vérifier.

La première partie du volume est consacrée à la sensibilité visuelle; l'auteur y envisage tour à tour les fonctions de la rétine, puis le rôle de la rétine et le rôle du cerveau dans la vision. Le point de départ des recherches de Parinaud, en ce qui concerne les fonctions de la rétine, est l'observation clinique des troubles fonctionnels que l'on constate dans l'héméralopie liée aux affections hépatiques. Ayant étudié quelques malades atteints de ces troubles, il vit que l'acuité visuelle correspondant à la vision

monoculaire centrale restait intacte, alors qu'au contraire la vision périphéphérique subissait des modifications très remarquables consistant essentiellement en ceci : c'est qu'avec la diminution de l'éclairage la périphérie rétinienne ne subissait plus cette augmentation de sensibilité qui nous permet, après une courte période d'incertitude, de nous adapter à l'obscurité relative et de percevoir les objets qui tout d'abord n'étaient pas perçus. Le trouble porte donc sur une fonction spéciale de l'œil, l'adaptation rétinienne, fonction qui n'existe pas, ainsi que le montre l'expérience, dans la région maculaire, seule région de perception distincte de la rétine. L'anatomie nous a appris que dans cette région maculaire, il n'existait qu'une seule espèce d'éléments rétiniens récepteurs, les cônes, alors qu'au contraire, à la périphérie, cônes et bâtonnets sont plus ou moins également répartis.

On sait encore que le pourpre visuel n'imprègne que les bâtonnets et que les cônes n'en sont pas pénétrés. L'intégrité de l'acuité visuelle maculaire dans l'héméralopie des affections hépatiques permet d'affirmer que la fonction des cônes n'est pas altérée; on est donc amené à supposer que le trouble porte sur une fonction spéciale des bâtonnets et du pourpre visuel. Tel a été le point de départ de nombreuses recherches expérimentales qui ont conduit le Dr Parinaud à la démonstration des deux ordres de sensibilité différente dont jouit la rétine : l'une qui a pour élément anatomique le cône visuel, l'autre qui est en rapport avec les bâtonnets et avec le pourpre visuel. Les cônes constituent les éléments fondamentaux de la rétine humaine; leur sensibilité est relativement fixe et leur excitation donne une sensation de couleur. Les bâtonnets sont en rapport avec la fonction d'adaptation de la rétine; leur sensibilité varie en intensité et en qualité, suivant l'éclairage ambiant et suivant les rayons de longueur d'onde différente. Les bâtonnets ne donnent qu'une sensation de lumière incolore. Le pourpre visuel qui les imprègne joue le rôle d'un sensibilisateur, grâce à ses propriétés fluorescentes, et on peut en comparer l'effet à celui que l'on produit sur les plaques photographiques avec les substances fluorescentes comme l'éosine. On sait que le pourpre est attaqué par les rayons lumineux et qu'il se régénère dans l'obscurité. La propriété d'adaptation rétinienne est donc en rapport avec l'action du pourpre sur la sensibilité des bâtonnets, et l'on comprend très bien que lorsque l'épithélium pigmentaire qui représente l'organe de sécrétion du pourpre est atteint, il en résulte que l'adaptation rétinienne ne se fasse plus et que l'héméralopie se manifeste. C'est à cette fonction spéciale des bâtonnets que nous devons la perception de ce que les peintres désignent sous le nom de « valeurs » et qui correspond aux rapports de lumière qui existent entre différents plans ou différents objets. Cette fonction spéciale n'existe pas chez les animaux dont la rétine ne contient que des cônes (les poules, par exemple); elle est au contraire très développée chez les oiseaux nocturnes, où les bâtonnets prédominent. Toute cette étude de l'adaptation rétinienne est excessivement importante et une foule d'expérimentateurs ont abouti à des conclusions erronées, pour n'avoir pas tenu compte de cette propriété rétinienne.

D'autre part, M. Béclère a montré récemment quel parti on devait tirer de sa connaissance dans les études radioscopiques.

D'autres chapitres sont consacrés à la sensibilité pour la lumière, les couleurs et les formes, à la persistance de l'impression lumineuse et à ce que l'on a étudié sous le nom de contraste des couleurs et dont Parinaud place le siège dans le cerveau. La deuxième partie du volume, qui traite des relations fonctionnelles des deux yeux, est des plus remarquables et des plus personnelles comme conception. L'exposé des différents modes de vision des deux yeux : la vision alternante, simultanée ou enfin la vision binoculaire, est indispensable à connaître si l'on veut comprendre la question du strabisme. C'est grâce à ces conceptions originales et profondes de la vision binoculaire, du rôle de la convergence dans ce mode de vision, que Parinaud a pu faire du strabisme une étude si vraie et si féconde dans ses déductions pratiques. L'appareil de vision simultanée est le premier en date au point de vue de la doctrine évolutionniste. Dans l'échelle animale c'est celui que l'on rencontre le plus constamment. Chez les vertébrés inférieurs et chez l'homme, à cet appareil de vision simultanée se superpose un appareil plus compliqué, plus perfectionné dans son mécanisme et dans sa sensibilité, c'est l'appareil de vision binoculaire, dont le développement ne s'achève que plusieurs années après la naissance. On comprend que des causes multiples puissent créer un obstacle au développement de cet appareil de vision binoculaire. Ce sont ces causes périphériques ou centrales qu'il faut envisager dans l'étiologie du strabisme qui n'est autre, d'après la conception de M. Parinaud, que le trouble de développement de la vision binoculaire dont la convergence constitue la partie motrice. On comprend facilement que chez un strabique, dont la vision binoculaire peut être complètement altérée, la vision simultanée puisse persister sans modification.

Le livre du Dr Parinaud marque une étape importante dans l'étude de la vision et l'on serait tenté de dire qu'il a donné une solution définitive au problème de la vision, s'il n'était de la nature même des problèmes biologiques de ne pas comporter de solutions définitives.

V. Morax.

Étude clinique sur le traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli et en particulier sur ses résultats éloignés, par le Dr **Albert Laquerrière**. Félix Alcan, édit., Paris, 1900.

L'instrumentation nécessaire au traitement électrique des fibromes utérins ainsi que le manuel opératoire sont traités dans ce livre avec clarté. Les résultats éloignés, si satisfaisants qu'ils soient, ne peuvent être comparés à ceux de l'hystérectomie ou de l'hystérotomie, qui restent les seuls traitements curatifs des fibromes utérins.

G. Alexandre.

NÉCROLOGIE

M. le Dr M. DUPLOUY (de Rochefort).

M. le Dr M. Duplouy, directeur du Service de santé de la Marine en retraite, vient de mourir à l'âge de soixante-treize ans. Professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, il se fit surtout connaître comme chirurgien dans ses communications à l'Académie de médecine et aux Congrès de chirurgie. Ce fut un homme d'une réelle valeur qui arriva à l'un des plus hauts grades de la carrière.

M. Duplouy était membre correspondant de l'Académie de médecine depuis 1892, et de la Société de chirurgie. Il était commandeur de la Légion d'honneur et officier de l'Instruction publique.

Voici ses principaux travaux :

Résultat du débridement dans les hernies étranglées. Leçon recueillie. (*Arch. de méd. nav.*, 1873, t. II, p. 216.)

Du traitement de l'entropion rebelle par le dédoublement de la paupière et la greffe autoplastique de son feuillet interne. (*Bull. génér. de thérapeuti.*, t. LXXXLI, p. 497.)

Du traitement du bec de lièvre double compliqué de saillie de l'os intermaxillaire et de division de la voûte et du voile du palais, par la résection de la cloison, l'avivement et la suture des os. (*Bull. gén. de thérap.*, 1875, t. LXXXVIII, p. 148.)

De l'anesthésie chirurgicale. Discours prononcé à la séance de rentrée de l'École de médecine navale de Rochefort, le 3 novembre 1883. (Rochefort, 1884, in-8°.)

Sur un moyen simple de faciliter l'anesthésie dans les opérations antémaxillaires. [Résumé.] (*Compte rendu, Congr. Ass. franç. pour l'Avanc. des Sc.*, 1883, Paris, 1884, XII, 809.)

Soudure complète de la langue avec le plancher de la bouche. (*Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1883, n. s. IX, 457-466.)

Note sur un moyen simple de faciliter l'anesthésie dans les opérations antemaxillaires. (*Gaz. méd. de Paris*, 1883, 6 s. v, 417.)

Enchondrome de l'épaule pour lequel on put s'abstenir de désarticuler. (*Progrès méd.*, Paris, 1883, XI, 671.)

Hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse. (*Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1886, n. s.. XII, 343-346.)

Sur un cas d'hystérectomie vaginale. (*Congr. franç. de chir.*, procès-verbaux, etc., 1887, Paris, 1888, II, 391-397.)

Note sur un trocart fixateur des kystes de l'ovaire. (*Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1881, n. s., VII, 856-858.)

Résection de l'apophyse transverse de l'axis. (*Congr. franç. de chir.*, procès-verbaux, etc., Paris, 1888, III, 600-604.)

Sur un cas d'hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1889, sept. 17.)

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME VINGT-DEUXIÈME

MÉMOIRES ORIGINAUX

Bovis (de). — Le cancer du gros intestin, rectum excepté (*suite*) 49, ... 201, 528, 683 et 773

Christovitch. — Pneumotomie avec résection totale pour plaie du poumon par arme à feu. Guérison. 41

Codivilla. — Sur la technique de la craniotomie exploratrice. . . 646

Cunéo et Lecène. — Note sur les cellules interstitielles dans le testicule de l'adulte. 44

Curtis et Lambret. — Un cas d'adénome sébacé volumineux de la face. 147

Féré. — Lipome symétrique familial de l'arcade plantaire. . . . 186

Genevet. — Étude sur le rabdomyome et en particulier sur le rabdomyome malin. 16

Gosset. — Voir Terrier.

Hartmann. — Traitement de la colostomie dans certaines tumeurs inopérables du rectum. 613

Lambret. — Voir Curtis.

Laurent. — Perforations par arme à feu de l'estomac, du côlon et du diaphragme. Suture. Guérison. 199

Lecène. — Voir Cunéo.

Le Dentu. — Exposé d'un procédé spécial de la cure radicale des hernies inguinales. 731

Llobet. — L'opération de Nassilov. 674

Longuet. — Voir Quénu.

Mally. — Voir Péraire.

Péraire et Mally. — De la résection du nerf médian de l'avant-bras. 655

Pérondi. — Recherches anatomiques sur le cæcum et son appendice. 221

Phelps. — L'opération de Phelps pour la cure des hernies et la fermeture des plaies de l'abdomen. 667

Quenu et Longuet. — De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire. 1

Reymond. — Voir Terrier.

Samfirescu. — Amputations ostéoplastiques appliquées dans la continuation des os longs des extrémités. 168

Terrier et Gosset. — De l'exclusion de l'intestin. . . 129, 621 et 739

TERRIER et REYMOND. — La suture des plaies du cœur. 473
VIDAL. — L'opothérapie entérique dans l'occlusion intestinale. . . 521
VILLARD. — Gastro-duodénostomie sous-pylorique. 495

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine, séances de juin. 122
— — séances de juillet. 242
— — séances d'août et d'octobre. 833
Congrès international de médecine. *Section de chirurgie*. 359
— — — *Section de gynécologie*. . . . 253
— — — *Section de chirurgie infantile*. . 554
Société allemande de chirurgie (29e congrès de la). 581
Société de chirurgie. — Du 23 mai au 20 juin 1900. 100
— — Du 27 juin au 18 juillet. 226
— — Du 3 octobre au 14 novembre. 819
Société de chirurgie de Lyon, séances des 5 et 26 avril; 3, 10, 17 et 31 mai 1900. 111
— — des 7, 14, 21 et 28 juin, du 5 juillet. 239
— — des 12 et 19 juillet 1900. 829

BIBLIOGRAPHIE

BOUTIGNY. — Tableaux synoptiques d'anatomie topographique et chirurgicale. 838
BRAQUEHAYE. — La gastrostomie. 610
BRUNNER. — Expériences et études sur l'infection et le traitement des plaies. 715
DELBET. — Voir LE DENTU.
DELORE. — Voir PONCET.
DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. 610
LAQUERRIÈRE. — Étude clinique sur le traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli. 841
LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire (t. IX). 718
LEJARS. — Traité de chirurgie d'urgence. 252
NOBLE SMITH. — Déviations paralytiques des membres inférieurs. . 612
PAMARD. — Un contemporain de Daviel. Les œuvres de Pierre-François-Benézet Pamard, chirurgien et dentiste (1728-1793). 126
PARINAUD. — Le strabisme et son traitement. 470
PARINAUD. — La vision. 838
PONCET et DELORE. — Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'uretère. Création au périnée d'un méat contre nature. 469
PROUST. — De la prostatectomie périnéale totale. 611
ROCHET. — Chirurgie du rein et de l'uretère. 252

SCHULHOF. — Résultats éloignés de la fixation intra-péritonéale de l'utérus, etc. 838
TÉDENAT. — Leçons de clinique chirurgicale. 471

NÉCROLOGIE

Dr OLLIER (de Lyon). 725
ALBERT (de Vienne). 605
MAC GUIRE (de Richemond). 723
SARREL. 724
SAYRE. 720
STOCKES (de Dublin) 602
DUPLOUY (de Rochefort). 842

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

DU TOME VINGT-DEUXIÈME

ABRÉVIATIONS

Ac. méd. : Académie de Médecine.
Ac. sc. : Académie des Sciences.
Bibl. : Bibliographie.
Cong. all. : Congrès allemand de Chirurgie.
Cong. méd. : Congrès français de Chirurgie.
Soc. ch. : Société de Chirurgie de Paris.
Soc. ch. L. : Société de Chirurgie de Lyon.

Les titres des mémoires originaux sont imprimés en *italiques* et les noms de leurs auteurs en PETITES CAPITALES.

Abcès. — Incision prérectale des — pelviens appendiculaires, *Soc. chir.*, 106; — du foie et pleurésie appendiculaire droite, *id.*, 110; — du cervelet, *Ac. méd.*, 244; contribution à la thérapeutique chirurgicale des — du foie, *Cong. méd.*, 383. — Pathogénie et traitement des — du foie, *id.*, 383; traitement des — du foie; danger de la méthode de Little, *id.*, 383; deux cas d' — par congestion d'origine vertébrale chez les jeunes sujets, suivis de guérison, *id.*, 397; topographie et étiologie de l' — ganglionnaire rétro-pharyngien, *Cong. all. chir.*, 586. — Voir *Craniectomie*, *Fistule*.

Abdomen. — Plaie pénétrante de l' — ayant passé par le diaphragme, *Soc. chir.*, 110. — Voir *Kyste*, *Hernie*.

Aberrance. — Voir *Appendicite*.

Actinomycose. — mammaire, *Soc. chir.*, 110; — temporo-maxillaire, *id.*, 234.

Adénome. — *Un cas d' — sébacé volumineux de la face* (CURTIS et LAMBRET), 147.

Adhérences. — Voir *Obstruction*.

Agrafage. — Voir *Suture*.

Air. — Voir *Lupus*.

Aliénés. — De l'intervention chirurgicale chez les —, *Cong. méd.*, 420.

Ampoule de Vater. — Voir *Calcul*.

Amputations. — *ostéoplastiques appliquées dans la continuité des os longs des extrémités* (SAMFIRESCU), 168. — sous-astragalienne, *Soc. chir.*, 110. — sus-malléolaire, *id.*, 234. — La technique de l' — interscapulothoracique, *Cong. méd.*, 420. — D'après la méthode de Bier, *Cong. all. chir.*, 601.

Anastomose. — De l' — vésico-rectale, *Cong. méd.*, 412; — intestinales et gastro-intestinales, *id.*, 457; *c. o.*, *id.*, 458; *c. o.*, *id.*, 461. — Voir *Cancer*.

Anatomie. — Tableaux synoptiques d' — topographique et chi-

rurgicale, par Boutigny, bibl., 838.

Anesthésie. — Appareil à — générale, *Ac. méd.*, 243; — locale et chirurgie générale, *Cong. méd.*, 455. — Voir *Chlorure d'éthyle*, *Chlorhydrate de cocaïne*, *Cocaïne*.

Anévrysme. — poplité, *Soc. chir.*, 110, 234. — Observation d' — iliaque rompu et traité par l'incision, *id.*, 233. — diffus consécutif à une plaie de l'axillaire sur la clavicule et traité par la ligature de l'artère dans le foyer, *id.*, 234. — traités par injections de solutions de gélatine, *Ac. méd.*, 249. — Un cas d' — de la carotide interne droite. Ligature, *Cong. méd.*, 428. — diffus traumatique de la tibiale postérieure, *Soc. chir.*, 824 — de l'artère sous-clavière droite et du tronc innomé, *Ac. méd.*, 833 guéri par la méthode de Brasedor.

Ankylose. — Voir *Résection*.

Angiotripsie. — L' — dans les opérations abdominales, *Cong. méd.*, 354.

Annexite. — Traitement opératoire des —, *Cong. méd.*, 338.

Anse. — Voir *Occlusion*.

Anus. — Technique de l' — iliaque, *Cong. méd.*, 453. — Voir *Intestin*.

Aorte. — Relation d'un cas de ligature de l' —, *Cong. méd.*, 425.

Aponévrose. — Voir *Cystopexie*.

Appendice. — Photographie microscopique de l' —, *Soc. chir. L.*, 118. — L'élimination de l' — enflammé, perforé ou gangrené de la paroi péritonéale, *id.*, 442. — Voir *Cæcum*.

Appendicite. — Aberrance de l' —, *Soc. chir. L.*, 114. — Indications thérapeutiques de l' — dans l'armée, *id.*, 118; discussion sur le traitement de l' —, *id.*, 120. — Cas d' —, *Soc. chir.*, 233. — De l' — dans le traitement des affections de l'utérus et de ses annexes, *Cong. méd.*, 341. — De la nécessité d'opérer l' —, dès le début, confirmée par une opération personnelle, *id.*, 440. — Du traitement de l' —, *id.*, 440. — Les méthodes de sécurité dans le traitement opératoire de l' —, *id.*, 441. — Une nouvelle modification de l'opération pour —, destinée à assurer l'intégrité de la paroi abdominale, *id.*, 441. — De la péritonite diffuse après l' —, *id.*, 443. — Quand peut-on dire qu'on opère une — à froid? *id.*, 444. — Complications vésicales de l' —, *id.*, 447. — Indications thérapeutiques dans l' —, *id.*, 569. — opérée à froid, *Soc. chir.*, 829.

Arcade. — Voir *Lipome*.

Artère. — Voir *Utérus*, *Myôme*, *Fibrome*. *Anévyrsme*.

Arthrotomie. — — pour luxation ancienne de l'épaule et suture lobiale de l'axillaire, *Soc. chir.*, 829.

Articulation. — Voir *Chondromatose*.

Asepsie. — Sur l' — opératoire, *Soc. chir.*, 104, 228, 824.

Astragale. — Voir *Fracture*.

Auto-greffe. — Voir *Ovaire*.

Autoplastie. — de l'aile du nez par glissement, *Soc. chir.*, 110.

Avant-bras. — Voir *Résection*.

Avortement. — Contribution à l'étude du traitement de l' — incomplet, *Cong. méd.*, 336.

Axillaire. — Voir *Anévrysme*. *Arthrotomie*.

Bacille Ducrey. — Culture pure et inoculation du —, *Cong. méd.*, 363.

Bassin. — Voir *Enchondrome*.

Blastomycète. — Voir *Carcinome*.

Cæcum. — *Recherches anatomiques sur le — et son appendice* (Pe-

RONDI), 221. — Ulcérations du — *Soc. chir. L.*, 238. — Voir *Côlon*.
Cage. — Résection de la — pour fistule pleurale, *Soc. chir.*, 109.
Calcanéum. — Fracture du — par arrachement, *Soc. chir.*, 829.
Calcul. — extrait du cholédoque, *Soc. chir.*, 111. — du rein, *Soc. chir. L.*, 121. — Biliaire arrêté, dans l'ampoule de Vater, extraction par cholédocotomie transduodénale, *Cong. méd.*, 456. — Énorme — de l'uretère, extraction par laparotomie, *id.*, 456; récidives après l'ablation des — biliaires, *Cong. all. chir.*, 594. — — vésical, *id.*, 496; — des opérations pour — du rein et de l'uretère, *id.*, 598. — 2 observations de — cérébraux et péri-uréthraux, *Soc. chir.*, 819. — du cholédoque et de la vésicule biliaire, *id.*, 819.
Cancer. — *Le — du gros intestin, rectum excepté* (DE BOVIS), 49, 201, 528, 677, 773. — Traitement du — utérin par hystérectomie vaginale, *Cong. méd.*, 261. — Sur le traitement chirurgical du —, *id.*, 360. — Le — de la face, *id.*, 388. — Traitement des — inopérables, *Cong. all. chir.*, 583. — de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse, occlusion, anastomose cléo-sigmoïde, *Soc. chir.*, 882. — traitement du — du gros intestin, *Soc. chir.*, 829. — Voir *Sein*, *Utérus*, *Côlon*, *Rectum*.
Canule. — Voir *Trachéotomie*.
Capsule. — L'importance gynécologique des — surrénales, *Cong. méd.*, 271.
Carcinome. — Sur l'étiologie du — et les blastomycètes pathogènes, *Cong. méd.*, 286, *id.*, *Ac. méd.*, 835.
Cardia. — Voir *Rétrécissement*.
Carie. — sèche de l'épaule, *Soc. chir.*, 828.
Carotide. — Voir *Anévrysme*.
Cartilage. — Voir *Larynx*.
Cathétérisme. — Voir *Rein*.
Cavité abdominale. — Voir *Tumeur*.
Ceinture pelvienne. — Voir *Enchondrome*.
Cellules. — *Note sur les — interstitielle dans le testicule de l'adulte* (CUNÉO et LUCÈNE), 44.
Castration. — abdominale totale, *Cong. méd.*, 340.
Cellulite. — Voir *Panniculite*.
Cerclage. — Voir *Fracture*.
Cervelet. — Voir *Abcès*.
Chirurgie. — Transformation technique de la — articulaire, *Cong. all. chir.*, 583. — Traité de — d'urgence, par *Lejars*, bibl., 252. — Voir *Rein*. — Traité de — clinique et opératoire (t. XI), par *Le Dentu* et *Delbet*, bibl., 718.
Chlorhydrate de cocaïne. — De l'anesthésie par les injections de — dans le canal vertébral, *Cong. méd.*, 361. — Recherches expérimentales et histo-pathologiques sur l'anesthésie médullaire au moyen d'injections de — sous l'arachnoïde lombaire, *id.*, 363.
Chlorure d'éthyle. — Du — comme anesthésique en général, *Soc. chir. L.*, 121. — Anesthésie par le —, *id.*, 236. — Anesthésie générale par le — *Cong. méd.*, 457.
Cholécystectomie. — pour fistule biliaire, *Soc. chir.*, 110. — De la — envisagée dans les résultats immédiats éloignés, *Cong. méd.*, 379. — Voir *Lithiase*.
Cholédocotomie. — Voir *Calcul*.
Cholédoque. — Voir *Calcul*.
Chondromatose. — de l'articulation du genou, *Cong. all. chir.*, 600.

Chondrome. — du pied, *Soc. chir.*, 110.
Cicatrice. — Cure d'une — vicieuse de la joue par libération et greffe graisseuse, *Soc. chir. L.*, 115. — Recherches expérimentales sur la rétractibilité des —, *Cong. méd.*, 364.
Circoncision. — *Cong. méd.*, 565.
Clavicule. — Voir *Anévrysme*, *Fracture*.
Clinique. — Leçons de — chirurgicale par *Tedenat*, bibl., 471. — médicale de l'Hôtel-Dieu, par *Dieulafoy*, bibl., 610.
Clou. — Voir *Trachéotomie*.
Cocaïne. — De l'anesthésie médullaire par injections de — sous l'arachnoïde lombaire, *Cong. méd.*, 352. — Anesthésie par injection de — dans le canal médullaire, *id.*, 364.
Cœur. — *A propos de la suture des plaies du* —, (Terrier et Reymond), 473. — Un cas de plaie du — traitée par la suture, *Cong. méd.*, 434.
Col. — Voir *Utérus*.
Colite. — Voir *Côlon*.
Colon. — De l'exclusion du — par iléo-sigmoïdostomie dans le traitement du cancer du cæcum, de la colonectasie et de la colite cancéreuse, *Cong. méd.*, 461. — Voir *Estomac*, *Résection*, *Rectum*. *Cancer*.
Colonectasie. — Voir *Côlon*.
Colostomie. — *Technique de la* — *dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum* (Hartmann), 613.
Congestion. — Voir *Abcès*.
Conjonctivite. — Propagation de la — granuleuse par les mouches dans le sud de l'Algérie, *Ac. méd.*, 243.
Contracture. — Voir *Omoplate*.
Cordon spermatique. — Résultats de la résection du —, *Cong. méd.*, 412. — La torsion du —, *id.*, 412. — Voir *Tuberculose*.
Cerveau. — Voir *Craniectomie*.
Corset. — Valeur du — orthopédique, *Cong. all. chir.*, 585.
Coulée. — Voir *Déformation*.
Coxa-vara. — De la —, *Cong. all. chir.*, 600.
Crâne. — Voir *Tumeur*, *Sarcome*, *Trépanation*, *Plaie*.
Craniectomie. — La — temporaire dans les abcès du cerveau, *Cong. méd.*, 392.
Craniotomie. — *Sur la technique de la — exploratrice* (Codivilla), 646. — Technique de la —, *Cong. méd.*, 391.
Cryptorchidie. — Cas de — vraie, *Ac. méd.*, 124.
Curettage. — Du — électrique, *Cong. méd.*, 332.
Curette. — utérine, *Cong. méd.*, 357.
Cysticerque. — sous-rétinien dans la région de la macula, *Soc. chir.*, 110.
Cysto-adénome. — sudorifère cutané diffus et bénin, *Cong. all. chir.*, 582.
Cystopexie. — indirecte par raccourcissement de l'aponévrose ombilico-pelvienne, *Cong. méd.*, 310.
Cystoscope. — à incisions, *Cong. all. chir.*, 596.
Décubitus. — Voir *Fistule*.
Déformation. — des extrémités articulaires luxées, sautoirs et coulées périostiques, *Soc. chir. L.*, 241. — Heureux effets de la cure marine dans le redressement des — rachitiques, *Cong. méd.*, 576. — Voir *Greffe*.
Désinfection. — de l'eau *Ac. méd.*, 242. — des mains, *Cong. all. chir.*, 582. — de la peau et des mains par l'aide d'une teinture de savon solide, *id.*, 583.
Désinvagination. — Voir *Occlusion*.

Déviation. — paralytique des membres inférieurs, par *Noble Smith*, bibl., 612.
Diaphragme. — Voir *Abdomen*, *Estomac*.
Dilatation. — Voir *Résection*.
Dure-mère. — Voir *Thrombo-phlébite*.
Eau. — Voir *Désinfection*.
Ecarteur. — Nouvel — abdominal applicable à toutes les laparatomies, *Cong. méd.*, 357; *c. o.*, *id.*, 418.
Ectopie. — testiculaire abdominale double avec hernie inguinale, *Soc. chir.*, 110. — testiculaire inguinale droite, *id.*, 234.
Électro-aimant. — Voir *Trachéotomie*.
Électrolyse. — Voir *Fibromyome*, *Retrécisment*.
Élongation. — Voir *Nerf*.
Enchondrome. — kystique de l'omoplate, *Soc. chir.*, 235. — Ablation d'un gros — du bassin avec résection de la moitié antérieure de la ceinture pelvienne, *Cong. all. chir.*, 599.
Endométrite. — Traitement des — cervicales par la méthode exosmo-endosmotique, *Cong. méd.*, 324. — Traitement médico-chirurgical de l' — chronique, *id.*, 324.
Entérostomie. — Simplification de la gastro et de l' —, *Cong. all. chir.*, 589.
Épaule. — Voir *Arthrotomie*.
Énucléation. — Voir *Fitrome*.
Épilepsie. — Voir *Trépanation*.
Épiploon. — Torsion de l' — dans une hernie épiploïde compliquée du cordon, *Soc. chir.*, 109. — Pathologie de l' — et du mésentère, *Cong. all. chir.*, 595. — Tumeurs inflammatoires de l' — *id.*, 595. — Voir *Tuberculose*.
Estomac. — *Perforation par arme à feu de l' —, du côlon et du diaphragme, suture, guérison* (Laurent), 199. — Interventions exploratrices précoces dans les affections obscures de l' —, *Cong. méd.*, 437. — Expériences personnelles sur les opérations de l' —, *id.*, 437. — 166 opérations de l' —, *id.*, 438. — Chirurgie de l' —, *id.*, 439. — Voir *Menstruation*.
Étranglement. — Voir *Gastro-entérostomie*.
Evacuation. — Voir *Kyste*.
Exclusion. — Voir *Intestin*, *Côlon*, *Volvulus*.
Exostose. —, *Cong. all. chir.*, 599.
Exstrophie. — Guérison d'un cas d' — vésicale, *Cong. all. chir.*, 597. — Voir *Vessie*.
Extirpation. — Voir *Larynx*, *Tumeur*, *Rectum*.
Extrémité. — Voir *Déformation*.
Face. — Voir *Adénome*.
Facial. — *Trijumeau*.
Fesse. — Voir *Fistule*.
Fibrome. — utérins enlevés par énucléation, *Soc. chir.*, 110 — Méthode électrique pour le traitement des — utérins par la décharge d'un condensateur de courants contenus, *Cong. méd.*, 274. — De l'hystérotomie cervico-vaginale dans le morcellement des — Du corps de l'utérus, *id.*, 278. — du pincement des artères utérinces dans les —, *id.*, 282. — La myomectomie abdominale pour moyens et petits —, *id.*, 283. — Nature des — utérins, *id.*, 285. — Le traitement des — utérins par la méthode d'Apostoli, par *Laquerrière*, bibl., 841. — Voir *Kyste*.
Fibromyome. — De l'électrolyse dans le traitement des — de l'utérus, *Cong. méd.*, 275. — Les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de — intrapéritonéaux de l'utérus, *id.*, 277.

Fibrosarcome. — Observation de — du vagin chez une enfant de sept ans, *Soc. chir.*, 822: — de la paupière et de la face droite chez une femme; ablation, *id.*, 822.
Filariose. — *Ac. méd.*, 122.
Fissure. — Voir *Nez.*
Fistule. — Le décubitus ventral permanent dans le traitement de la — vésico-vaginale, *Cong. méd.*, 272. — de la fesse gauche à la suite d'un abcès ischio-rectal, *id.*, 463. — vésico-vaginale guérie par la méthode de dédoublement, *Soc. chir.*, 820. — Voir *Cage, Cholécystectomie.*
Foie — Nouveau procédé de suture enchevillée dans la résection du — de toute épaisseur, *Cong. méd.*, 383. — Voir *Abcès, Kyste.*
Forcipressure. — Voir *Hystérectomie.*
Fracture. — de la rotule traitée par cerclage, *Soc. chir.*, 109. — ancienne de la rotule. Suture et cerclage, *Soc. chir. L.*, 113. — de l'astragale, et — en coin du tibia, *id.*, 237. — Statistique thérapeutique de — 147. —, vertébrales, *Cong. méd.*, 395. — Quelles sont les — qui peuvent être traitées sans appareil inamovible par le massage et la mobilisation? Résultats, *id.*, 405. — La suture osseuse dans le traitement des —, celles de la jambe en particulier, *id.*, 408. — Appareil de Pérez pour l'immobilisation des — de la clavicule, *id.*, 409. — Forme des — produites par cause directe *Cong. all. chir.*, 581. — Voir *Mâchoire, Radiographie, Humérus, Maxillaire, Calcanéum, Crâne.*
Ganglions de Gasser. — Résection des —, *Soc. chir.*, 234; c. ó., *Cong. méd.*, 393.
Gangrène. — Pathologie et traitement des diverses formes de — des membres inférieurs, *Cong. all. chir.*, 581.
Gants. — Nouveaux — pour opérations, *Cong. all. chir.*, 583.
Gastro-duodénostomie. — *De la — sous-pylorique* (VILLARD), 495.
Gastro-entérostomie. —, *Cong. méd.*, 460. — Indications et résultats de la — à l'hôpital de Lausanne, *id.*, 462. — *Cong. all. chir.*, 590. — étranglement interne après la —, *id.*, 590. — Voir *Entérostomie, Jejunum.*
Gastro-jejunostomie. — Voir *Jejunum.*
Gastrostomie. —, *Soc. chir.*, 234. — La —, par *Braquehaye*, bibl., 610.
Gélatine. — Voir *Anévrysme.*
Genou. — Voir *Tuberculose, Chondromatose.*
Glissement. — Voir *Pyloroplastie.*
Goitre. — Répartition du — en France, *Ac. méd*, 125.
Greffe — italienne, *Soc. chir.*, 234. — musculo-tendineuse pour remédier aux troubles fonctionnels et aux déformations du membre inférieur produites par la paralysie infantile, *Cong. méd.*, 577. — Voir *Pseudarthrose.*
Grossesse. — extra-utérine, *Soc. chir. L.*, 112, *id.*, *Soc. chir.*, 829. — Pathogénie de la — extra-utérine, *Cong. méd.*, 269.
Hanche. — Luxations congénitales de la — traitées par la méthode de Lorenz, *Soc. chir. L.*, 127, 241. — Luxation congénitale de la — traitée par la méthode non sanglante, *Soc. chir.*, 235. — Luxation iliaque de la — datant de quatre mais, réduction sous anesthésie, *Soc. chir. L.*, 239. — traitement sanglant de la luxation congénitale de la —, *Cong. méd.*, 554.
Hématosalpinx — droit, absence

complète du vagin, laparotomie, ablation des deux annexes, apparition des règles par le rectum, *Cong. méd.*, 345.

Hémorroïde. — Sur un nouveau procédé d'extirpation des —, *Soc. chir.*, 231.

Hémostase. — Procédé rapide d' — du foie, *Soc. chir.*, 828.

Hémostasie. — Un nouveau procédé d' —, *Cong. méd.*, 366. — sans ligature, *Cong. all. chir.*, 384.

Hernie. — *L'opération de Phelps pour la cure des — et la fermeture des plaies de l'abdomen* (Phels), 667. — *Exposé d'un procédé spécial pour la cure radicale des — inguinales* Le Dentu), 731. — inguinale étranglée d'emblée, hydrocèle volumineux, kélotomie et cure radicale, *Soc. chir.*, 228. — Sur la cure radicale de la — inguinale, *Cong. méd.*, 414. — Opérations pour — *id.*, 414. — Des résultats éloignés de la cure radicale des — inguinales et crurales par le procédé de la myoplastie, *id.*, 415. — Sur le traitement des — par la méthode sclérogène, *id.*, 416. — Traitement des — inguinales par glissement de l'S iliaque, *id.*, 416. — cure des — *id.*, 416. — crurales, *id.*, 437. — Traitement des — gangrenées et de quelques cas d'iléus, *Cong. all. chir.*, 588. — Deux cas de — obturatrice, *id.*, 588. — Technique des opérations pour — ombilicales et de la ligne blanche, *id.*, 588. — Trois cas de cure radicale de — ombilicale chez les enfants nègres, *Soc. chir.*, 822. — Voir *Epiploon*, *Ectopie*.

Humérus. — Fractures de la grosse tubérosité de l' —, *Cong. all. chir.*, 600. — Voir *Pseudarthrose*, *Résection*.

Hydrocèle. — Voir *Hernie*.

Hydrosalpinx. — pédiculisé et tordu sur son pédicule, *Soc. Chir. L.*, 118.

Hypertrophie. — Des — glandulaires localisées du col de l'utérus, *Cong. méd.*, 318. — de l'oreille gauche. Réduction par opération. Sur la réduction du volume du nez par opération, *id.*, 398. — Traitement de l' — prostatique par l'opération de Bottini, *Cong. all. chir.*, 596.

Hystérectomie. — *De l' — abdominale dans le traitement des kystes et tumeurs solides de l'ovaire* (Quénu et Longuet), 1. — vaginale, *Cong. méd.*, 266; — rapide, *id.*, 328; note sur une statistique de 200 opérations d' — abdominale sus-vaginale et totale, *id.*, 330; un nouveau procédé d' — abdominale par forcipressure vaginale à demeure, *id.*, 331; de l' — totale, *id.*, 335: abdominale totale, *id.*, 335. — Voir *Utérus*, *Cancer*.

Hystéropexie. — Procédé d' — abdominale médiate pour la cure de la rétroversion utérine, *Cong.*, *méd.*, 300.

Hystérotomie. — Voir *Fibrome*.

Iléo-sigmoïdostomie. — Voir *Côlon*.

Iléotyphlite. — hypertrophique simulant une tumeur de la région iléo-cæcale, *Cong. méd.*, 494.

Iléus. — Sur l' —, *Cong. méd.*, 462. — Voir *Hernie*.

Incision. — Voir *Anévrysme*, *Abcès*.

Index. — Remplacement de l' — par le second orteil, *Cong. all. chir.*, 600.

Infection. — Intervention chirurgicale dans un cas d' — colibacillaire rénale, *Soc. chir.*, 107. — Voir *Intervention*, *Plaie*.

Inflammation. — Du traitement des — utéro-annexielles par l'eau à 60° centigrades, *Cong. méd.*, 354.

Injection. — Voir *Anévrysme.*

Intervention. — Soins à donner aux patients, au cours des — chirurgicales et moyens de les préserver du shock opératoire et de l'infection, *Cong. méd.*, 365. — Voir *Aliénés, Estomac.*

Intestin. — *De l'exclusion de l'* — (Terrier et Gosset), 129, 621, 739. — Exclusion de l' — pour anses contre nature lombaire droit d'origine tuberculeuse *Cong. méd. L.*, 115. — Syphilis de l' —, *Ac. méd.*, 248; de la transplantation des —, *Cong. méd.*, 451. — De la rupture sous-cutanée de l' — et de son traitement, *Cong. all. méd.*, 587. — Voir *Cancer, Volvolus, Tumeur, Laparatomie.*

Invagination. — par kyste congénital de la paroi intestinale, *Cong. all. chir.*, 591. — Voir *Occlusion.*

Inversion. — Du traitement chirurgical conservateur de l' — utérine chronique, *Cong. méd.*, 307.

Ipsileur. —, *Soc. chir.*, 110.

Jéjunum. — Ulcères perforants du — après la gastro-entérostomie, *Cong. all. chir.*, 590. — Présentation d'un ulcère septique du — après gastro-jéjunostomie, *id.*, 590.

Kélotomie. — Voir *Hernie.*

Kératite. — Voir *Trijumeau.*

Kyste. — volumineux du ligament large droit et fibrome sous-péritonéal du fond de l'utérus. Ovariotomie et ablation du fibrome, guérison, *Soc. chir.*, 100 — hydatique de l'abdomen, *id.*, 108. — hydatique du foie traité par la méthode de Delbet, *id.*, 110. — appendiculaire, *id.*, 111. Des — hydatiques du ligament large, *Cong. méd.*, 270. — Traitement chirurgical des — hydatiques du foie, *id.*, 380. — Les — hydatiques dans la République Argentine, *id.*, 380. — Présentation d'une femme opérée avec succès d'un — du pancréas, *Cong. all. chir.*, 594. — Traitement opératoire des — du pancréas, *id.*, 594. — dermoïde des deux ovaires, *Soc. chir.*, 828. — hydatique du foie guéri par l'évacuation et la suture sous ce fitonnage, *Soc. chir.*, 828. — Voir *Hystérectomie, Épiploon, Pancréas, Invagination.*

Laparotomie. — Note sur les — secondaires, *Cong. all. chir.*, 349, — Sur l'efficacité de la — répétée à plus ou moins bref délai pour combattre la tuberculose péritonéale chronique, *id.*, 450. — Quarante cas, de péritonite traités par la —, *id.*, 451. — pour plaie de l'intestin par coup de pied de cheval. *Soc. chir.*, 829. — Voir *Occlusion, Hématosalpinx, Écarteur, Calcul, Lipome.*

Larynx. — Appareil phonétique après extirpation du —, *Cong. méd.*, 409. — Pseudo-voix après extirpation totale du —, *Cong. all. chir.*, 586. — Transplantation des cartilages costaux entre les lames du thyroïde pour remédier aux sténoses cicatricielles du —, *id.*, 586.

Lavage. — Voir *Péritoine.*

Lésion. — pathologiques au temps des Pharaons, *Ac. méd.*, 248. — Nouvelles applications des eaux salées iodiques de Salsomaggiore dans les — tuberculeuses chirurgicales, *Cong. méd.*, 359. — Le sclavo au lait iodé, chez les malades atteintes de — tuberculeuses chirurgicales, *id.*, 360.

Ligament. — Voir *Kyste, Rétrodéviation.*

Ligature. — atrophiantes, *Cong. méd.*, 281, — en chaînes des nappes épiploïques et des larges pédicules,

id., 451. — Voir *Myôme*, *Tronc*, *Hémostase*.
Lipome. — *symétrique familial de l'arcade plantaire* (Feré), 186. — du mésentère, laparotomie, guérison, *Soc. chir.*, 819.
Lithiase. — biliaire à forme d'appendicite, cholécystectomie transhépatique, *Cong. méd.*, 380.
Lithotritie. — Cas de — et de taille hypogastrique, *Cong. méd.*, 577.
Lupus. — Extirpation du — et opérations plastiques, *Cong. méd*, 420. — Guérison du — par l'air liquide, *id.*, 420.
Luxation. — Voir *Hanche*, *Arthrotomie*.
Macula. — Voir *Cysticerque*.
Main. — Voir *Désinfection*.
Mal de Pott. — traité par les corsets ininflammables en celluloïd, *Soc. chir.*, 109. — Traitement du — dans la phase où la gibbosité est un fait accompli, *Cong. méd.*, 566.
Maladies génitales. — Indication et contre-indication du traitement chloruré-sodique fort dans les — de la femme, *Cong. méd.*, 275.
Manie. — menstruelle, *Cong. méd.*, 333.
Mâchoire. — Sur une nouvelle méthode de résection de la — supérieure, *Cong. méd.*, 389. — Fractures de la — supérieure, *id.*, 389.
Maxillaire. — Simplification du traitement des fractures du — intérieur, *Soc. chir. L.*, 829.
Massage. — Voir *Fracture*.
Méat. — Voir *Uréthrostomie*.
Médian. — Voir *Pseudarthrose*.
Menstruation. — Des troubles de la — dans les maladies de l'estomac, *Cong. méd.*, 309.
Mésentère. — Voir *Occlusion*, *Sarcome*, *Épiploon*, *Lipome*.
Méthode de Bier. — Voir *Amputation*.
Méthode de Little. — Voir *Abcès*.
Méthylène. — Voir *Métrite*.
Métrite. — Les — cervicales, *Cong. méd.*, 312; *id.*, *c. o.*, 313; — *c. o.*, *id.*, 316. — Traitement des — par le bleu de méthylène chimiquement pur et pulvérulent, *id.*, 327.
Monstre monomphalien —, *Ac. méd.*, 837.
Moignon. — Voir *Névrome*.
Môle. — De la — hydatiforme, *Cong. méd.*, 273.
Mouches. — Voir *Conjonctivite*.
Myocellulite. — Voir *Panniculite*.
Myôme. — Des résultats éloignés et des indications de la ligature des artères utérines dans les cas de — de l'utérus, *Cong. méd.*, 281. — Chirurgie conservatrice des — utérins, *Cong. all. chir.*, 599.
Myomectomie. — Manuel opératoire, indications et résultats de la —, *Cong. méd.*, 276. — Des limites de la —, *id.*, 279. — adominale, *id.*, 283. — Voir *Fibrome*.
Myoplastie. — Voir *Hernie*.
Nappe. — Voir *Ligature*.
Néarthrose. — Voir *Ostéogénèse*.
Néoplasme. — Voir *Pylorectomie*.
Néphrectomie. — Voir *Rein*.
Néphrocystanastomose. — De la —, *Cong. all. chir.*, 599.
Néphrotomie. — De la — exploratrice, *Cong. all. chir.*, 597.
Nerf. — L'élongation des — dans la cure des troubles trophiques, mal perforant, ulcère variqueux, *Cong. méd.*, 422. — Voir *Suture*, *Résection*.
Neurasthénie. — Traitement de la — féminine par les extraits d'ovaires, *Cong. méd.*, 337.
Névrome. — des moignons, *Cong. all. chir.*, 582.
Nez. — Appareil pour le redresse-

ment du —, *Cong. méd.*, 467. — Fissure congénitale médiane du —, *Cong. all. chir.*, 585. — Voir *Autoplastie, Hypertrophie.*

Nirvanine. — De la — en chirurgie, *Cong. méd.*, 361.

Obstruction. — intestinale par adhérences appendiculaires, *Soc. chir.*, 111.

Occlusion. — intestinale par volvulus et étranglement d'une anse grêle dans une brèche du mésentère, *Soc. chir.*, 115. — intestinale aiguë par invagination, laparotomie, désinvagination, guérison, *id.*, 226. — des orifices herniaires par implantation de fils d'argent, *Cong. all. chir.*, 588. — Voir *Opothérapie.*

Œsophage. — Voir *Rétrécissement.*

Œsophagotomie. — externe pour dentier implanté dans l'œsophage, *Soc. chir. L.*, 117.

Œuf. — Voir *Trompe.*

Omoplate. — Anomalie de position de l' — par contracture du rhomboïde, *Soc. chir. L.*, 117. — Voir *Enchondrome.*

Opération. — Sur l' — inter-ilio-abdommale, *Cong. méd.*, 427. — Voir *Table.*

Opération de Bottini. — Voir *Hypertrophie.*

Opération de Gritti. — Trois cas d' —, *Soc. chir.*, 827.

Opération de Nasselor. — L' — (Llobet), 675.

Opération de Phelps. — Voir *Hernie.*

Opothérapie. — *L' — entérique dans l'occlusion intestinale* (Vidal), 521.

Orbite. — Voir *Tumeur.*

Oreille. — Voir *Hypertrophie.*

Organes génitaux. — Les opérations conservatrices mutilantes sur les — internes de la femme, *Cong. méd.*, 340.

Orteil, — Voir *Index.*

Os. — Voir *Phosphore.*

Ostéoarthrite. — Une nouvelle méthode et traitement des — tuberculeuses, *Cong. méd.*, 426.

Ostéogénèse. — Démonstration de l' — chirurgicale par la radiographie. Nouveaux documents sur la suture des néarthroses et l'organisation des extrémités reproduites après les résections articulaires, *Cong. méd.*, 409.

Otite. — Voir *Paralysie.*

Ovaire. — Chirurgie conservatrice de l' —, *Cong. méd.*, 337; autogreffes sous-cutanées des — après salpingo-ovariectomie *id*, 342. — Voir *Hysterectomie, Neurasthénie, Kyste.*

Ovariotomie. — Voir *Kyste.*

Pamard. — Œuvres de Pierre-François Benezet —, par *Pamard* et *Pantier*, bibl., 126.

Pancréas. — Chirurgie du —, *Cong. méd.*, 369; *id.*, *id*, 375; diagnostic et traitement des tumeurs du —, *id.*, 378; cas opéré de kyste hématique du —, *id.*, 379. — Voir *Kyste.*

Panniculite. —, myocellulite, et cellulite pelvienne; nature de cette affection, *Cong. méd.*, 328.

Pansement. — Nouveaux modes de — vaginaux et périutérins au moyen de péricols, *Cong. méd.*, 274.

Paralysie. — Discussion sur les — consécutives aux otites, *Soc. chir. L.*, 234. — Voir *Trijumeau, Transplantation, Greffes.*

Paroi abdominale. — Voir *Appendicite.*

Paroi intestinale. — Voir *Volvulus, Kyste.*

Paupière. — Voir *Fibrosarcome.*

Parotide. — Voir *Tumeur.*

Peau. — Voir *Désinfection.*

Pédicule. — Voir *Hydrosalpinx*, *Ligature*.
Perforation. — Voir *Estomac*.
Péricardotomie. — à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen, *Cong. méd.*, 434.
Pericols. — Voir *Pansements*.
Periépididymite. — De la — variqueuse, *Cong. méd.*, 410.
Périnée. — Voir *Uréthrostomie*.
Péritoine. — Le lavage du — au sublimé, *Cong. méd.*, 350.
Péritonite. — Un cas de — purulente primitive, *Cong. méd.* — Voir *Appendicite*, *Laparatomie*.
Perte. — Sur les réparations des — de substance péritonéale dans les opérations faites dans le petit bassin, *Cong. méd.*, 347.
Phosphore. — Influence du — sur les os en voie de croissance, *Cong. all. chir.*, 581.
Pianistes. — Affections chirurgicales des —, *Cong. all. chir.*, 600.
Pied bot. — Traitement des formes graves du — par l'ablation de la totalité des os du tarse, *Cong. méd.*, 422. — Voir *Tarsoclasie*.
Pince. — porte-laminaire et porte-crayons intra-utérins, *Cong. méd.*, 356.
Pince de Laplace. — Applications de la —, *Cong. méd.*, 461.
Plaie. — Nouvel appareil pour la réunion des —, *Cong. méd.*, 368; le traitement des — désinfectées, *id.*, 428; le traitement des — infectées, *id.*, 429; expériences et étude sur l'infection et le traitement des —, par *Brunner*, bibl., 715. — du crâne par coup de revolver, trépanation, *Soc. chir.*, 825. — Voir *Abdomen*, *Cœur*, *Hernie*.
Pleurésie. — Voir *Abcès*.
Pneumectomie. — Voir *Sarcome*.
Pneumotomie. — *avec résection costale pour plaie du poumon par arme à feu* (Christowtich), 91.
Porte-caustique. — intra-utérin, *Cong. méd.*, 356.
Position. — Sur une nouvelle — gynécologique, *Cong. méd.*, 273.
Poumon. — Voir *Pneumotomie*.
Prolapsus. — Note sur la thérapeutique chirurgicale du — utéro-vaginal, *Cong. méd.*, 289. — Du traitement du — génital par la suspention de l'utérus et de la vessie à la paroi abdominale, *id.*, 304. — Traitement du — utérin, *id.*, 305. — Nouveau traitement du — de l'utérus, *id.*, 306. — rectal, *Soc. chir.*, 826; *id.*, *Ac. méd.*, 836. — Voir *Rétrodéviation*.
Prostatectomie. — De la — périnéale totale, par *Proust*, bibl., 611.
Pseudarthrose. — de l'humérus avec paralysie radiale. Suture de l'humérus et greffe du radial sur le médian, *Cong. méd.*, 436 — du tibia, *Cong. all. chir.*, 601.
Pseudo-phlegmon. — angio arthritique du bras gauche, *Cong. all. chir.*, 582.
Pseudo-voix. — Voir *Larynx*.
Psoïtis. — Les formes bénignes de —, *Cong. méd.*, 424.
Pulvérisation. — Voir *Suppuration*.
Pylore. — Voir *Sténose*.
Pylorectomie. — pour néoplasme, *Soc. chir. L.*, 217.
Pyloroplastie. — Procédé de — par glissement, *Cong. méd.*, 440.
Quinine. — Voir *Sein*.
Rabdomyome. — *Étude sur le — et en particulier sur le — malin*, (Genevet), 16.
Radial. — Voir *Pseudarthrose*.
Radiographie. — La — dans l'étude des fractures et des luxations, *Cong. méd.*, 400; — *id.*, *id.*, 401. — Réduc-

tions des fractures par la —, *id.*, 404. — Les fractures méconnues et la —, *id.*, 405. — Des indications fournies par la — dans les traumatismes, *id.*, 405. —, *Cong. all. chir.*, 601. — Voir *Tarsoclasie*, *Ostéogenèse*.

Rate. — Contribution à la chirurgie de la —, *Cong. all. chir.*, 594.

Recto-coccypexie. — *Soc. chir.*, 234.

Rectum. — Résultats de l'extirpation du cancer du —, *Cong. all. chir.*, 592. — Progrès réalisés dans la technique des opérations sur le —, *id.*, 592. résultats de 121 extirpations de cancers du — par la voie sacrée, *id.*, 593. — De la rétraction scléreuse du — et du côlon d'origine cancéreuse, syphilitique ou tuberculeuse, *id.*, 593. — Voir *Tumeur*, *Résection*, *Colostomie*.

Redressement. — Voir *Nez*, *Scoliose*, *Déformation*.

Réduction. — Voir *Hypertrophie*.

Régénération. — osseuse sur appareil prothétique interne, *Soc. chir. L.*, 113.

Rein. — Chirurgie du — et de l'uretère, par *Rochet*, bibl., 252. — tuberculeux enlevés par néphrectomie, *Soc. chir.*, 234. — néphrectomisé antérieurement et extirpé secondairement, *id.*, 235. — Nouveau procédé de fixation du — mobile, *Cong. méd.*, 417. — Présentation d'une tumeur rare du —, *Cong. all. chir.*, 597. — Examen préopératoire des fonctions du —, *id.*, 597. — tuberculeux, *Soc. chir.*, 826. — tuberculeux diagnostiqué au début grâce au cathétérisme, *Soc. chir.*, 826. — Voir *Tuberculose*, *Calcul*.

Résection. — *De la — du nerf médian de l'avant-bras* (Peraire et Mally), 655. — de l'embouchure de la saphène pour dilatation ampullaires du vaisseau, *Soc. chir.*, 110. — de l'humérus gauche, *id.*, 110. — du rectum et du côlon pelvien, par la voie abdomino-périnéale, *Cong. méd.*, 455. — de l'humérus, *Soc. chir.*, 826. — du coude pour ankylose consécutive à une infection gono coccique. *Soc. chir. L.*, 830. — de la hanche, *id.*, 831. — Voir *Pneumotomie*, *Foie*, *Mâchoire*, *Trijumeau*, *Ganglion de Gasser*, *Sympathique*, *Cordon spermatique*, *Enchondrome*.

Rétractilité. — Voir *Cicatrice*.

Rétraction. — Voir *Rectum*.

Rétrécissement. — Contribution au traitement chirurgical des — spasmodiques de l'œsophage et particulièrement du cardia, *Cong. méd.*, 432. — Traitement des — de l'œsophage par l'électrolyse linéaire, *id.*, 433. — Voir *Uréthrostomie*.

Rétrodéviation. — De l'opération d'Alquié-Alexander. Adams pour le traitement des — et prolapsus utérins, *Cong. chir.*, 294. — et hystéropexie vaginale, *id.*, 300. — Du traitement des — utérines par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments longs, *id.*, 301; —, *id.*, 302. — utérines, *id.*, 311.

Rétroversion. — Réduction de la — avec adhérences, *Soc. chir. L.*, 240. — Voir *Hystéropexie*.

Revolver. — Voir *Plaie*.

Réunion. — Voir *Plaie*.

Rhinoplastie. — Sur un procédé nouveau de —, *Soc. chir.*, 108.

Rhomboïde. — Voir *Omoplate*.

Rocher. — Balle extraite du — droit, *Soc. chir.*, 110.

Rotule. — Voir *Fracture*.

Rupture. — Voir *Intestin*.

Sacrum. — Voir *Tumeur*.

Salpingo-ovariectomie. — Voir *Ovaire.*
Salpingostomie. — De la —, *Cong. méd.*, 344.
Salsomaggiore. — Voir *Lésion.*
Saphène. — Voir *Résection.*
Sarcome. — des parois thoraciques avec envahissement pleuro-pulmonaire. Pneumectomie. *Soc. chir. L.*, 111. — rapide du mésentère, *Cong. méd.*, 565. — cutané de la région mammaire simulant une tumeur de la mamelle, *Cong. all. chir.*, 587. — ossifiant de la région naso-frontale chez un enfant, *Soc. chir.*, 822. — du crâne, *id.*, 828.
Sautoir. — Voir *Déformation.*
Sclavo. — Voir *Lésion.*
Scoliose. — Redressement forcée successif dans la —, *Cong. méd.*, 562. — Thérapeutique de la —, — des adolescents et — infantile, *id.*, 563. — Redressement des — graves, *Cong. all. chir.*, 585.
Sein. — Maladie polykistique du —, *Soc. chir.*, 231. — Cancer du — traité par la quinine, *Soc. chir. L.*, 240. — L'opération de Halsted pour le cancer du —, *Cong. méd.*, 435.
Shock. — Voir *Intervention.*
Sinus. — Voir *Thrombo-phlébite.*
Soins. — Voir *Intervention.*
Sondes. — Recherches expérimentales sur la stérilisation des — urétrales, *Cong. all. chir.*, 596.
Splénectomie. —, *Cong. méd.*, 385. — La — dans la splénomégalie malarique, *id.*, 286.
Splénomégalie. — Voir *Splénectomie.*
Squelette. — chirurgical, *Ac. méd.*, 122.
Sténose. — De l'intervention dans les — bénignes du pylore, *Cong. all. chir.*, 589. — Voir *Larynx.*
Stérilisation. — Voir *Sondes.*
Sterno-mastoïdien. — Voir *Torticolis.*
Strabisme. — Le — et son traitement, par *Parinaud*, bibl., 470.
Suppuration. — Appareil destiné au traitement des — par les pulvérisations antiseptiques, *Cong. méd.*, 575.
Suture. — Tendon de renne comme matériaux de — en chirurgie, *Cong. méd.*, 268. — De la — cachée en zigzag, *id.*, 366. — Procédé de — par agrafage de la peau, *id.*, 367. — Nouveau mode de — à étapes sans fils perdus, *id.*, 369. — Des vaisseaux et des nerfs, *Cong. all. chir.*, 584. — Voir *Foie*, *Fracture*, *Cœur*, *Kyste*, *Axillaire.*
Sympathique. — Résection du — cérébral, *Cong. méd.*, 393; *id.*, *id.*, 394.
Table. — Nouvelle — d'opérations, *Cong. méd.*, 355. — Présentation d'une — d'opérations, *id.*, 467.
Taille. — hypogastrique, *Cong. méd.*, 577.
Tarsectomie. — — postérieure totale, *Soc. chir.*, 828.
Tarsalgie. — Voir *Tarsoptose.*
Tarse. — Traumatisme du — postérieur, *Soc., chir. L.*, 831. — Voir *Pied bot.*
Tarsoclasie. — Radiographie d'anciens opérés de — pour pied bot, *Soc. chir. L.*, 238.
Tarsoptose. — et tarsalgie, *Cong. méd.*, 424.
Tendons. — Voir *Transplantation.*
Testicule. — Voir *Cellule.*
Thrombo-phlébite. — des sinus de la dure-mère de causes insolites, *Cong. all. chir.*, 584.
Tibia. — Absence congénitale des deux —, *Cong. méd.*, 574. — Voir *Fracture*, *Pseudarthrose.*

Tibiale. — Voir *Anévrysme.*

Torsion. — Voir *Cordon spermatique.*

Torticolis. — Traitement du — par l'extirpation partielle du sterno-mastoïdien, *Cong. all. chir.*, 585.

Trachéotomie. — Clou retiré des bronches par l'électro-aimant et la —, *Soc. chir. L.*, 239. — Difficulté d'ablation de la canule après la —, *Ac. méd.*, 835.

Traction. — Appareil de —, *Cong. méd.*, 576.

Transplantation. — Sur la — des tendons et ses succès dans le traitement des paralysies, *Cong. méd.*, 421. — Voir *Intestin, Larynx.*

Traumatisme. — Voir *Trépanation, Radiographie, Tarse.*

Trépanation. — pour traumatisme du crâne, *Soc. chir.*, 110. — pour traumatismes anciens de la région crânienne, *Cong. méd.*, 391. — Épileptique guéri par la —, *Cong. all. chir.*, 585. — d'une fracture du crâne par enfoncement, *Soc. chir.*, 82*é*.

Trijumeau. — Paralysie du — et du facial inférieur. Kératite neuroparalytique, *Soc. chir. L.*, 235. — 24 résections intra-craniennes du — et leurs résultats, *Cong. méd.*, 393.

Trompe. — Sur les rapports anatomiques de l'œuf avec la paroi de la — gravide, *Cong. méd.*, 269.

Tronc. — Un cas de ligature du — innominé suivie de guérison, *Cong. méd.*, 395.

Trouble. — Voir *Greffe.*

Tuberculose. — Traitement de la — du rein, *Soc. chir.*, 101. — osseuse diaphysaire, *Soc. chir. L.*, 120. — Sur une forme insolite de — du genou, *Soc. chir.*, 232. — primitive des organes génitaux de la femme, *Cong. méd.*, 327. — Résultats éloignés du traitement de la — épididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique, *id.*, 411. — de l'épiploon, *id.*, 565. — Traitement des — osseuses, *id.*, 576. — Voir *Utérus, Laparatomie.*

Tubérosité. — Voir *Humérus.*

Tumeur. — conjonctivale récidivée de la parotide, *Soc. chir.*, 110. — de la face antérieure du sacrum, *id.*, 234. — épithéliale développée en arrière du rectum, dans la concavité du sacrum, *id.*, 234. — Extirpation d'une — de l'orbite par résection temporaire de la paroi externe de l'orbite, *id.*, 234. — de la base du crâne, *Soc. chir. L.*, 234. — salivaire parotidienne, *Cong. méd.*, 390. — Sur la pathogénie des — mixtes parabuccales, *id.*, 390. — Sur un nouveau procédé d'extirpation des — hémorroïdales, *id.*, 453. — Résultats du traitement opératoire des — malignes du gros intestin, *Cong. all. chir.*, 591. — Des tératoïdes de la cavité abdominale, *id.*, 595. — Voir *Hystérectomie, Pancréas, Sarcome, Épiploon, Rein, Colostomie.*

Ulcération. — Voir *Cæcum.*

Ulcère. — Voir *Jéjunum.*

Uretère. — Voir *Rein, Calcul.*

Urtèhre. — Voir *Uréthrostomie.*

Uréthrostomie. — Traité de l' — périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre. Création au périnée d'un méat contre nature, par *Poncet* et *Delore*, bibl., 469.

Utérus. — Traitement chirurgical du cancer de l' —, *Cong. méd.*, 254, 255, 256. — Ligature des artères hypogastriques dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer de l' — *id.*, 259, 263, 267. — Du dia-

gnotic précoce du cancer de l' —, *id.*, 285. — Anatomie pathologique et traitement de la tuberculose du col de l' —, *id.*, 326. — Résultats éloignés de la fixation intra-péritonéale de l' —, par *Schulhof*, bibl., 838. Voir *Kyste*, *Fibromyome*, *Myome*, *Prolapsus*, *Hypertrophie*, *Appendice*.

Vagin. — Corps étranger du —, *Soc. chir.*, 100. — Voir *Hématosalpinx Fibrosarcome*.

Vaginalité. — Un cas de — chronique biloculaire, *Soc. chir.*, 100.

Vaisseau, — Voir *Résection*, *Suture*.

Varice. — orbitaires, *Soc. chir. L.*, 285.

Varicocèle — opérés par le procédé de Narath, *Soc. chir.*, 110.

Varus. — Résultat de l'opération d'un — équin congénital chez un homme de trente-quatre ans, *Cong. méd.*, 423.

Vésicoplastie — expérimentale, *Cong. all. chir.*, 597.

Vessie. — Exstrophie de la — guérie par la méthode de Trendelenburg, *Cong. méd.*, 413. — Voir *Prolapsus*.

Vision. — La —, par *Parinaud*, bibl.. 838.

Volvulus. — Résection de l'anse sigmoïde pour — avec paroi intestinale intacte, *Cong. all. chir.*, 591. — Des exclusions de l'intestin dans le —, *id.*, 591. — Voir *Occlusion*.

Le propriétaire-gérant : FÉLIX ALCAN.

Coulommiers. — Imp. PAUL BRODARD.